

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 19

DU TRAITEMENT
DES
MALFORMATIONS UTÉRINES
JUSTICIABLES
DE LA LAPAROTOMIE
(CAS OBSTÉTRICAUX NON COMPRIS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul-Emile GOULLIoud

Né le 7 Décembre 1874, à Lyon.

Ex-Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon.

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 19

DU TRAITEMENT
DES
MALFORMATIONS UTÉRINES
JUSTICIABLES
DE LA LAPAROTOMIE
(CAS OBSTÉTRICAUX NON COMPRIS)

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul-Emile GOULLIoud

Né le 7 Décembre 1884, à Lyon.

Ex-Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon,

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD —
Clinique infantile	MOURIQUAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUÇ	J. LEPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET.	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (A.), *Président* ; FABRE, *Assesseur* ;
MM. VILLARD et LAROYENNE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-ONCLE

M. HERMANN SABRAN

Président honoraire
du Conseil d'Administration des Hospices Civils de Lyon.

A MON PÈRE

Le Docteur Paul GOULLIoud

Chirurgien en Chef
de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Mon père a eu l'occasion dans ces dernières années d'intervenir trois fois par la laparotomie pour des malformations utérines.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un hématomètre minuscule dû à une imperforation de l'isthme utérin; dans le second, d'un utérus bifide avec rétention dans une corne rudimentaire; dans le troisième enfin, d'un utérus rudimentaire sans cavité utérine, devenu douloureux au moment de la puberté.

Ces trois cas, très dissemblables, correspondent aux trois grands groupes des malformations utérines :

1° Les hématométries dans un utérus unique par imperforation de la région cervicale;

2° Les hématométries unilatérales dans les cas de duplicité du canal génital;

3° Les utérus rudimentaires sans cavité utérine.

Sur le conseil de mon père, j'ai pris comme sujet de thèse l'étude des interventions abdominales pratiquées pour des cas analogues.

C'est une sorte de revue générale de la thérapeutique contemporaine des malformations utérines.

Cette question n'a pour ainsi dire pas été traitée

dans son ensemble, et, si l'embryologie et l'anatomie de ces malformations ont été poussées très loin, les indications thérapeutiques sont, en général, très sommairement exposées, même dans les articles importants et dans les traités classiques de gynécologie.

Aussi, ai-je cru intéressant d'entreprendre cette étude ; je savais, d'ailleurs, que les conseils ne me manqueraient pas au cours de mon travail.

Pour diminuer son ampleur excessive, j'ai pensé limiter mon exposition aux opérations abdominales. C'était, d'une part, rejeter au second plan des interventions jadis faites par les voies naturelles, mais dont les indications se sont particulièrement réduites. C'était, d'autre part, éliminer de mon cadre ce qu'on peut appeler les petites malformations utérines, celles par exemple des utérus infantiles, atrésiés ou déviés, qui sont plutôt justiciables d'interventions vaginales.

Si l'on se place à un autre point de vue, on voit que la thérapeutique chirurgicale n'a de raison d'être, dans les arrêts de développement de l'utérus, que lorsque ceux-ci créent des conditions telles, que les grandes fonctions de la vie génitale de la femme sont entravées, car, très souvent, les utérus doubles fonctionnant normalement permettent une menstruation non douloureuse, des grossesses et des accouchements normaux.

Pour limiter encore mon sujet, je n'envisagerai pas les faits où la grossesse joue un rôle ; ils forment cependant un chapitre très important ; l'urgence des cas obstétricaux a plus souvent et plus anciennement rendu nécessaire l'intervention, aussi cette question a-t-elle été déjà l'objet de nombreux travaux.

Je dois à l'extrême obligeance de mes Maîtres, M. le professeur Jaboulay, M. le professeur A. Pollosson, de MM. Bérard et Tixier, ainsi qu'aux assistants de la clinique gynécologique, MM. Violet et Jamin, de très intéressantes observations. Plusieurs m'ont permis d'enrichir de documents lyonnais le dernier chapitre de ma thèse, ayant trait à la pathologie des utérus doubles en dehors de l'hématométrie.

Je remercie très vivement M. le professeur A. Pollosson de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et j'ai été particulièrement touché de son amabilité.

Qu'il me soit permis maintenant d'exprimer toute ma gratitude à mes différents Maîtres des hôpitaux.

Je n'oublierai pas les conseils si bienveillants que m'ont prodigués, dès le début de mes études médicales, MM. Gangolphe et Leclerc, et, plus tard, pendant mon externat et mon internat provisoire, M. le professeur Roque, M. le professeur Pic, et MM. Vallas, Villard, Tixier, Commandeur, Nové-Josserand et Vignard.

J'ai achevé mes études cliniques à l'hôpital Saint-Joseph et je conserve le meilleur souvenir des deux années d'internat que j'ai passées dans cet hôpital sous la direction d'excellents Maîtres. Je remercie MM. Chaballier et Thévenet de leur bon accueil et de leur enseignement; M. Rafin de m'avoir initié à la branche spéciale de la chirurgie, où il jouit d'un si grand renom.

Mon père sait toute ma reconnaissance, pour sa direction si précieuse, pendant toutes mes études et plus spécialement pendant ces deux dernières années, où j'espère avoir largement bénéficié de son enseignement

clinique. Je lui dois encore tous mes remerciements, pour m'avoir donné ce sujet de thèse et m'avoir encouragé au cours de ce travail.

Je dois à l'obligeance de M. le professeur agrégé Georges Gross, de Nancy, la possibilité de reproduire plusieurs dessins intéressants de son importante thèse inaugurale ; je lui suis très reconnaissant.

DU TRAITEMENT
DES
MALFORMATIONS UTÉRINES
JUSTICIABLES
DE LA LAPAROTOMIE
(CAS OBSTÉTRICAUX NON COMPRIS)

HISTORIQUE

Depuis la plus haute antiquité médicale, les malformations des organes génitaux de la femme ont attiré l'attention des anatomistes.

Hippocrate semble avoir déjà connu et mentionné les malformations du canal utéro-vaginal.

A une époque beaucoup moins lointaine, Julius Obsequens, dans son livre intitulé *De Prodigis*, raconte qu'il y eut à Rome une femme douée d'une double vulve : c'est peut-être le premier cas relaté d'une anomalie de duplicité.

En 1565, Jean Bauhin, faisant un cours d'anatomie aux chirurgiens de Lyon, observe chez une jeune fille la matrice séparée en deux parties.

Quelques années plus tard, vers 1599, son frère, Gaspard Bauhin, dissèque une femme dont l'utérus était également divisé par une cloison.

En 1651, Bartholin parle d'une femme qui présentait deux vagins, s'ouvrant au dehors par deux orifices, l'un étroit, l'autre large, et qui venait d'accoucher par ce dernier.

Mentionnons également pour mémoire les faits de Riolan, de P. Borelli, de Cl. Purcel, de Dionis et de Saviand (1709).

Mais ces auteurs, et ceux qui les suivirent jusqu'en 1830, tout en rapportant de nombreuses observations nouvelles, ont négligé de comparer entre eux les cas observés, et n'ont pas cherché à établir une classification méthodique des anomalies utérines et à expliquer ces anomalies au point de vue embryologique.

En 1830, Jean Müller assigne une explication embryologique plausible à l'ensemble des anomalies utérines.

Depuis lors, vers le milieu du xix^e siècle, Rokitansky, Cruveilhier, Foerster et Küssmaul ont cherché à établir une classification rationnelle.

En 1863, dans sa remarquable thèse d'agrégation sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin, Lefort étudie longuement toutes les variétés d'utérus doubles.

En 1881, Schroeder publie un traité classique très important sur les maladies des organes génitaux de la femme ; dans son chapitre sur les anomalies de développement, il envisage successivement : 1^o l'absence complète et le développement rudimentaire de l'utérus ; 2^o l'utérus unicorne avec ou sans corne latérale rudimentaire ; 3^o l'utérus double et ses diverses variétés ; 4^o l'utérus fœtal et infantile.

C'est en 1885 que paraît le mémoire de Sécheyron sur les brides vésico-rectales ; elles ont surtout un intérêt morphologique, mais demandent à être connues des chirurgiens qui auront à les rencontrer au cours de leurs interventions.

Signalons, en 1897, l'*Handbuch der Gynækologie*, de J. Veit, et le *Traité de Gynécologie*, de Pozzi.

En 1899, Winckel publie une étude complète des anomalies de l'appareil génital de la femme et les classe d'après les diverses étapes du développement.

En 1903, paraît l'important mémoire d'Ombredanne et Martin sur les utérus doubles et leur classification : à l'appui des divers types, plusieurs observations sont citées.

Tout dernièrement, en 1910, G. Piquand a publié un très remarquable article sur l'anatomie et le développement des utérus doubles.

HISTORIQUE DU TRAITEMENT

A proprement parler, l'étude que nous faisons ne comporte pas un long historique, parce qu'il ne remonte qu'à un nombre trop limité d'années, à l'essor de la chirurgie abdominale.

Le véritable historique de la question envisagé dans son sens le plus large comporterait l'évocation des désastres consécutifs à la ponction et à l'incision vaginale.

Il nous paraît simple d'envisager le traitement des malformations utérines congénitales en trois périodes :

1° Avant 1860, elles étaient connues, mais pas traitées ;

2° De 1860 à 1880, ce fut l'époque meurtrière des interventions vaginales, amenant les discussions sur le problème angoissant de la péritonite qui survenait presque fatalement au bout de sept ou huit jours, après l'évacuation d'une rétention sanguine d'origine congénitale, et c'est alors que survint l'explication de Rose, bientôt admise par tous les auteurs, de l'infection ascendante atteignant les trompes :

Parmi les premiers interventionnistes par voie vaginale, il faut citer Santesson, Holst¹, Wilms, Bandl, etc. ;

3° La dernière période commence en 1880.

Certains opérateurs emploient encore les méthodes vaginales, mais avec plus de succès, grâce au progrès de l'asepsie.

Quant aux interventions abdominales, et tout particulièrement aux hémihystérectomies, elles ne furent pratiquées que depuis 1894 et 1895 par Lœhlein et Werth.

C'est en 1900 que parut la thèse remarquable de G. Gross, qui envisage l'hématométrie dans les cas de duplicité du canal génital et qui base son étude sur 82 cas opérés. Il en tire des conclusions fort intéressantes, vantant le traitement conservateur qui, depuis lors, et à juste raison, est en vogue.

A partir de cette époque, les publications deviennent plus fréquentes :

En 1903, le mémoire d'Halban intitulé : *Traitement des gynatrésies* ;

¹ Holst, *Beiträge zur Gynækologie und Geburtskunde*, 1865, I, p. 63.

En 1904, l'étude d'Hofmeier sur les malformations acquises;

En 1906, l'article de Quénu et Lesourd;

En 1907, la thèse lyonnaise de M. Blanchard intitulée : *Etude sur les utérus didelphes à corps indépendants sans hématométrie*;

En 1908, Gronowsky, dans sa thèse inaugurale, résume très brièvement près de 60 observations, où une intervention abdominale pour utérus doubles a été tentée, qu'il s'agisse d'utérus hématométriques ou d'utérus gravides.

Cette question de la gravidité dans les utérus doubles a d'ailleurs fait le sujet de nombreuses thèses.

CLASSIFICATION

DES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE MALFORMATIONS UTÉRINES

Comme ce n'est point un travail de tératologie, mais une étude de thérapeutique chirurgicale que nous avons voulu entreprendre dans notre thèse, nous ne chercherons pas à donner à notre classification cette base purement scientifique, mais nous établirons cette classification, aussi claire que possible et quelque peu schématique. Elle doit nous servir surtout à donner une définition précise des différents types anatomo-pathologiques que nous avons rencontrés dans nos observations.

Dans les publications récentes de Veit et Gross, la classification de Winckel a remplacé celles de Küssmaul, Lefort, Furst et Schroeder. Elle établit sept étapes dans le développement des canaux de Müller. A chacun de ces stades correspond une variété d'arrêt du développement qui consiste dans la persistance de l'état du stade précédent.

1° *Premier mois.* — Formation du cordon de Müller sur le bord externe du corps de Wolff sous la forme d'un cordon plein dont l'extrémité supérieure seule est creuse (pavillon futur de la trompe).

2° *Deuxième mois.* — Les canaux de Müller se creusent et se juxtaposent en un point voisin de celui où se fait plus tard la limite entre le vagin et l'utérus pour constituer le cordon génital.

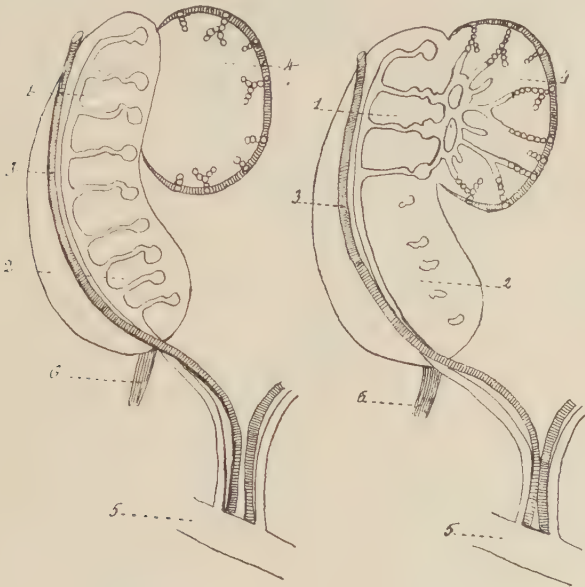


FIGURE 1.

FIGURE 2.

Développement de l'organe génital chez l'embryon et le fœtus humain féminin, 1^{re} et 2^e phases (Tourneux) ¹.

1. Portion sexuelle du corps de Wolff. — 2. Portion urinaire. —
3. Conduite de Müller. — 4. Organe génital. — 5. Sinus uro-
génital. — 6. Ligament inguinal.

3° et 4° *Du troisième au cinquième mois.* — A mesure que l'accrolement des canaux de Müller s'opère vers en haut jusqu'au point d'insertion du ligament de

¹ Ces figures 1, 2, 3, de Tourneux, ne correspondent pas précisément au texte; toutefois, elles rendront plus facile sa compréhension.

Hunter (futur ligament rond), la cloison intermédiaire (septum) disparaît.

5° *Du sixième au dixième mois.* — Se termine le développement de l'utérus qui, de plan, devient convexe

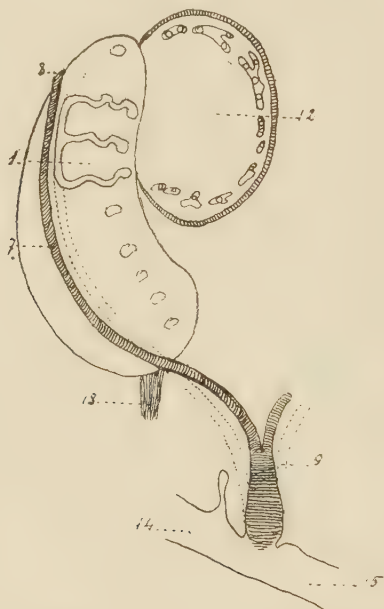


FIGURE 3. — *Développement de l'organe génital chez l'embryon et le fœtus humain féminin, 3^e phase (Tourneux).*

1. Corps de Rosenmüller. — 7. Trompe. — 8. Pavillon de la trompe. — 9. Canal utéro-vaginal. — 12. Ovaire. — 14. Canal de l'urètre. — 15. Canal vestibulaire. — 18. Ligament rond.

en dehors ; à la fin de la grossesse, l'utérus présente la forme fœtale.

6° *D'un à dix ans.* — L'utérus fœtal se transforme en utérus infantile.

7° *De dix à seize ans.* — L'utérus infantile devient l'utérus virginal.

Au premier stade, correspondant au premier mois de

la vie embryonnaire, la formation des canaux de Müller ou d'un seul de ces canaux peut manquer; il en résultera deux malformations :

a) *L'absence complète du vagin, de l'utérus et des trompes*, due à l'absence des deux canaux de Müller.

b) *L'utérus unicorne*, sans aucun rudiment d'une deuxième corne, dû à l'absence complète d'un des

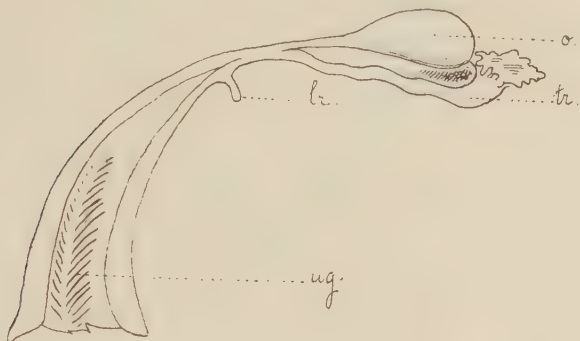


FIGURE 4. — *Utérus unicorne gauche* (P. Müller).

ug, cavité cervicale gauche. — tr, trompe. — o, ovaire. — lr, ligament rond.

canaux de Müller, tandis que le second continue son développement (fig. 4).

Cette variété de malformation n'a été le point de départ d'aucune intervention à notre connaissance. Nous n'aurons donc pas à y revenir.

Au deuxième stade correspond une série de malformations :

a) *Les utérus rudimentaires*.

Dans les utérus rudimentaires, il y a en général une fusion très incomplète des canaux de Müller, l'utérus peut être plein sans aucune cavité : *uterus solidus rudimentarius bipartitus* (obs. XXVI, fig. 5). Cette variété

est rare. Winckel, dans son traité, n'en cite aucun exemple. L'utérus rudimentaire coïncide fréquemment avec une oblitération ou plutôt une absence du vagin.

On observe également une variété d'utérus rudimentaire avec canalisation incomplète des canaux de Müller, d'où ébauches de cavité dans les cornes utérines : *uterus rudimentarius bicornis partim excavatus*. C'est le cas de Küssmaul reproduit dans tous les classiques.

Il faut y ajouter l'utérus rudimentaire opéré par Mériel (obs. XLVIII) qui joint à son aspect didelphe, mais rudimentaire, une canalisation complète des canaux de Müller : *uterus rudimentarius bicornis excavatus* (fig. 6).

b) *Les utérus unicornes avec corne rudimentaire* (Schroeder), encore appelés *bicornes avec corne rudimentaire*. La pièce de Schroeder est classique ; dans ce cas, une corne s'est développée plus ou moins normalement ; quant à l'autre corne, elle a subi un arrêt de développement. Avec beaucoup d'auteurs, il nous paraît préférable de donner à cette variété de malformation le nom d'*utérus bicorne avec corne rudimentaire*. La corne atrésiée a pu rester pleine ; dans le cas de Bérard elle était creusée d'une cavité virtuelle (obs. XLVII) ; plus fréquemment, elle devient le siège d'une hématométrie, et c'est précisément cette variété qui nécessite l'hémihystérectomie.

Dans les stades qui vont du troisième au sixième mois de la grossesse, correspondent la plupart des malformations utérines liées à la duplicité du canal génital ; ce sont ces malformations qui, en se compliquant souvent d'hématométrie dans une moitié imper-

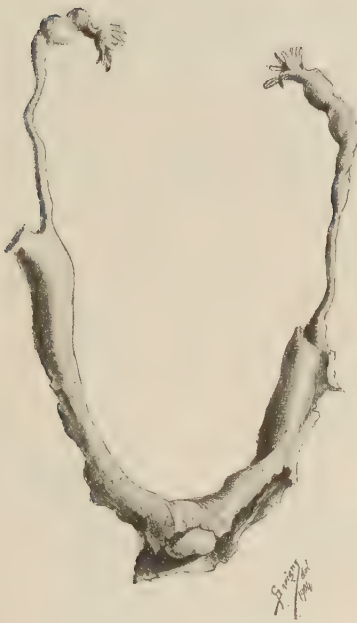


FIGURE 5. — *Utérus rudimentaire plein* (Goullioud).

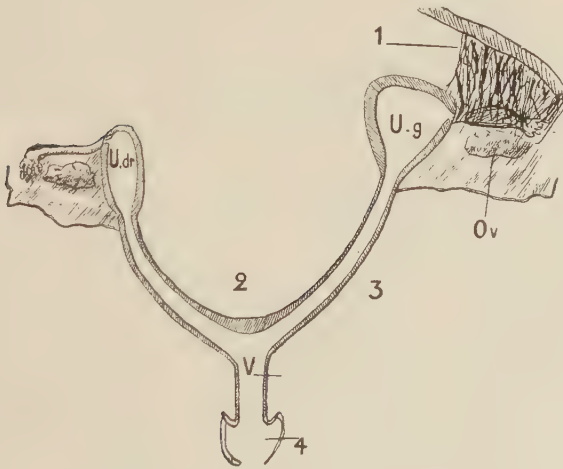


FIGURE 6. — *Utérus rudimentaire* (Mériel).

1. Adhérences pariétotubaires. — 2. Bande transversale.
3. Cordon cervical.

forcée de l'utérus, donnent lieu au plus grand nombre des interventions chirurgicales. Il est utile au chirurgien de les connaître, car des variétés de ces malformations découlent des techniques opératoires diverses.

Pour Winckel, ces variétés donneraient trente-six combinaisons différentes, qui, en réalité, se succèdent sans limites marquées.

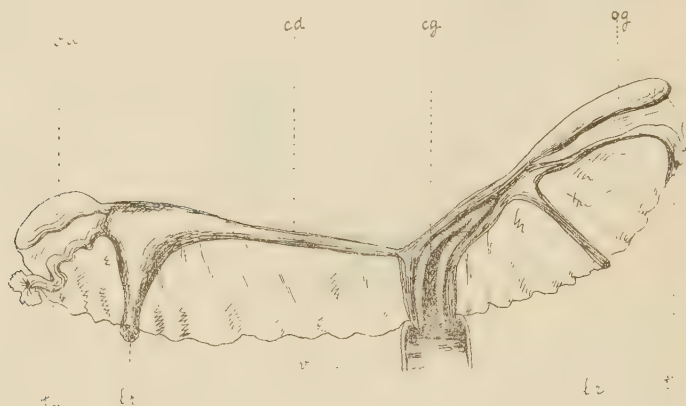


FIGURE 7. — *Utérus unicorne avec corne rudimentaire* (Schroeder).

cg, corne utérine gauche. — *cd*, corne rudimentaire droite. —
tg, *td*, trompe gauche, trompe droite. — *og*, *od*, ovaires gauche
et droit. — *lr*, ligaments ronds. — *v*, vagin.

Nous ne croyons pas devoir entrer dans ce dédale, quelque scientifique qu'il soit, et nous préférons la classification très schématique d'Ombredanne à cause de sa clarté.

Chez la femme, le type normal est représenté par la fusion complète des deux canaux de Müller, de façon à ne former qu'une cavité utérine unique, mais les deux canaux de Müller peuvent par suite d'un arrêt de développement rester *indépendants*. Ils peuvent

s'accoler en partie ou en totalité, en conservant leurs cavités distinctes; ils peuvent *se fusionner* en partie ou en totalité, ne présentant qu'une seule cavité sur toute la hauteur où existe cette fusion. Les cols eux-mêmes peuvent être indépendants, accolés ou fusionnés.

Au cours d'une laparotomie, c'est l'indépendance ou la fusion des corps utérins qui crée des indications chirurgicales plus importantes que les modifications analogues du col. C'est donc, suivant la remarque d'Ombredanne, l'indépendance des corps utérins élémentaires qui constitue le facteur important pour le chirurgien, d'où sa classification des anomalies de duplicité utérine, en prenant pour base ce caractère, et d'où le tableau suivant que nous lui empruntons :

Deux utérus	indép. (utérus doubles)	{	Corps	{	Cols indépendants . . .	1 ^{er} type.
			indép.		Cols accolés . . .	2 ^e type.
			(utérus doubles)		Cols fusionnés . . .	3 ^e type.
	indép. (utérus cloison.)	{	Corps	{	Cols accolés . . .	4 ^e type.
			indép.		Cols fusionnés . . .	5 ^e type.
			(utérus cloison.)		Cols fusionnés . . .	6 ^e type.
					Cols fusionnés . . .	7 ^e type, normal.

PREMIER TYPE. — Corps indépendants, cols indépendants.

Les deux utérus sont complètement indépendants sur toute leur longueur, présentant deux museaux de tanche distincts; ce sont les *utérus didelphes* de Lefort.

Le cas d'Ollivier représente cette variété rare (fig. 9).

DEUXIÈME TYPE. — Corps indépendants, cols accolés.

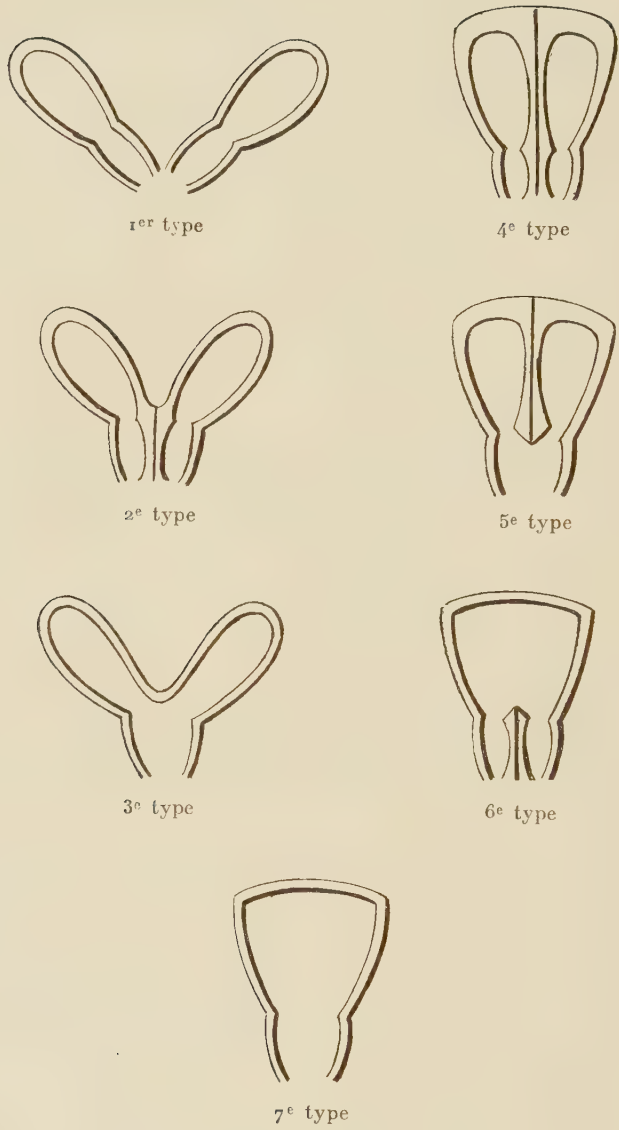


FIGURE 8. — Schémas. — *Utérus doubles* (Ombredanne).

Les deux utérus sont accolés seulement dans leur segment cervical, les cols sont soudés par leur paroi musculaire ; il existe deux museaux de tanche et deux cavités utérines absolument indépendantes.

Ce sont les utérus bicornes doubles de Lefort : *uterus*

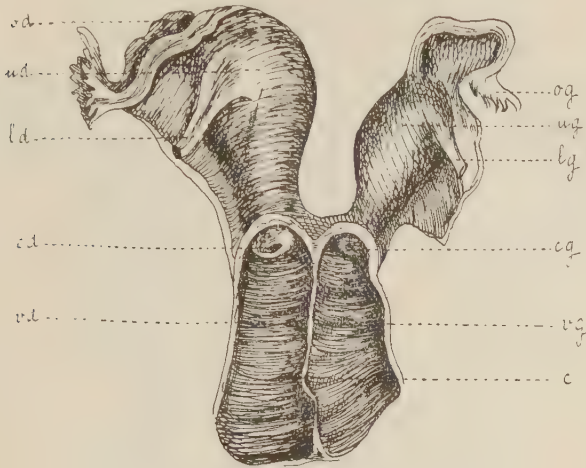


FIGURE 9. — *Utérus didelphe* (Ollivier).

od, og, ovaire droit, ovaire gauche. — *ud, ug*, utérus droit, utérus gauche. — *ld, lg*, ligaments ronds droit et gauche. — *cd, cg*, cols utérins droit et gauche. — *vd, vg*, vagin droit, vagin gauche. — *c*, cloison intervaginale.

duplex bicornis cum vagina septa ; uterus bicornis bicollis de Halban.

C'est pour Winckel et nous le type des *pseudodidelphes*.

TROISIÈME TYPE. — Corps indépendants, cols fusionnés.

Les deux utérus élémentaires sont fusionnés dans leur segment cervical, les corps ayant conservé leur

indépendance. Les cavités des corps sont indépendantes, mais aboutissent à une cavité cervicale unique.

C'est l'*uterus bicornis unicollis*.

G. Piquand distingue plusieurs variétés : les utérus

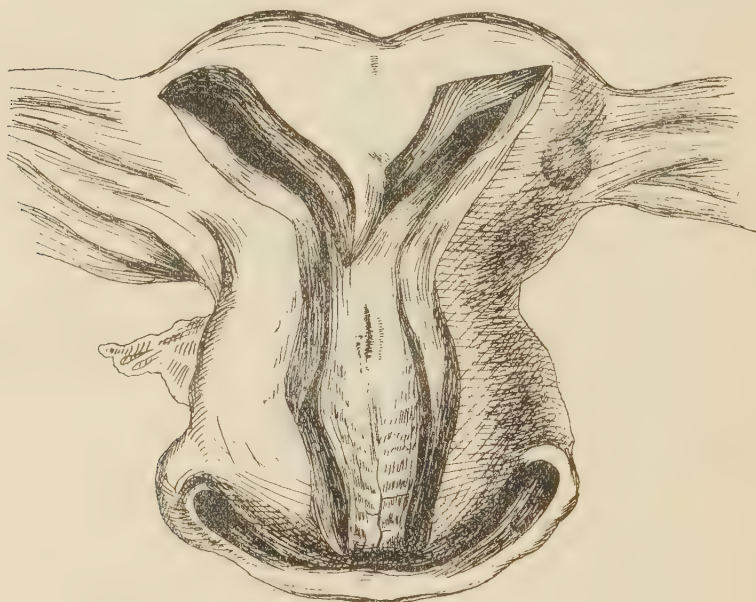


FIGURE 10. — *Utérus bicornis unicervical* (Barnes).

bicornes vrais, les utérus bicornes avec corne rudimentaire (nous en avons déjà parlé, p. 20).

C'est dans ce groupe que l'on rencontre fréquemment la bride vésico-rectale, sorte de cloison étendue du rectum à la vessie et séparant les deux corps utérins. Nous aurons à en reparler à propos du manuel opératoire (p. 161).

QUATRIÈME TYPE. — Corps accolés, cols accolés.

Les deux utérus sont accolés sur toute leur longueur, mais leurs cavités sont complètement indépendantes. L'aspect extérieur de l'organe est à peu près normal ; l'anomalie n'apparaît qu'à la coupe : les deux cavités ne sont séparées que par un mince septum.



FIGURE II. — *Utérus biloculaire* (Cruveilhier).

C'est l'*utérus biloculaire* (*uterus septus duplex* de Lefort).

Cette variété d'utérus cloisonné se prête peu aux interventions conservatrices, car il est impossible d'enlever une moitié utérine.

CINQUIÈME TYPE. — Corps accolés, cols fusionnés.

L'aspect extérieur de l'utérus est normal ; cette variété ne diffère de la précédente que parce que le septum ne s'étend pas à la cavité cervicale qui est unique.

Ce sont les *uterus subseptus unicollis*, *utérus biloculaire corporéal*.

SIXIÈME TYPE. — Corps fusionnés, cols accolés.

L'anomalie ne porte que sur la cavité cervicale. Deux cols accolés donnent accès à une cavité utérine unique.

C'est l'*utérus biloculaire cervical*, *uterus subseptus unicorporeus*.

SEPTIÈME TYPE (d'Ombredanne). — Il représente l'utérus normal de la femme, par suite de la fusion complète des canaux de Müller.

IMPERFORATIONS DU COL UTÉRIN

Même après la fusion complète des canaux de Müller aboutissant à la constitution d'une seule cavité utérine, un arrêt de développement peut encore se produire, amenant une occlusion de l'orifice cervical.

D'après les auteurs (Menge), on peut expliquer par trois procédés différents le fait de cette imperforation :

1° De même que les canaux de Müller peuvent ne pas se canaliser et par suite rester pleins comme dans l'*utérus rudimentaire plein*, de même la région cervicale peut rester pleine ;

2° Il peut y avoir une agglutination épithéliale par défaut de résorption des cellules épithéliales qui rem-

plissent à un moment donné la lumière cervicale, d'où il résulte le plus souvent une occlusion membraneuse ;

3° Ce sont des adhérences cicatricielles qui peuvent parfois produire cette occlusion du col ; Nagel¹ et J. Veit ont, en effet, établi par des travaux qui ont eu un grand retentissement en Allemagne (théorie de Nagel-Veit) que certaines imperforations du col étaient dues à des processus infectieux remontant aux premières années de la vie ou à la fin de la période fœtale.

La discussion de cette théorie ne nous attardera pas, car, cliniquement, ces imperforations peuvent être considérées comme congénitales, et il est bien évident que fréquemment elles sont véritablement congénitales et non acquises lorsqu'elles sont liées à d'autres malformations annexielles ou vulvovaginales.

Ces cas rentrent donc dans les malformations utérines ; ils constituent un groupe dont nous avons à envisager le traitement.

C'est par lui que commencera notre étude.

¹ Nagel, Zur Lehre von der Atresie der weiblichen Genitalien (*Zeitschrift f. Geh. und Gyn.*, 34).

PREMIÈRE PARTIE

IMPERFORATIONS DU COL OU DE L'ISTHME UTÉRIN DANS L'UTÉRUS UNIQUE

Nous commencerons par présenter les rares observations que nous avons rencontrées d'utérus unique, nécessitant une intervention par suite d'une imperforation dans la région cervicale.

Au point de vue symptomatique, ces cas rappellent beaucoup les imperforations de la partie supérieure du vagin ; ils concernent des femmes arrivées à la période adulte présentant une aménorrhée complète et en même temps des douleurs périodiques extrêmement pénibles.

A l'examen gynécologique, on trouve tantôt un vagin normalement conformé (obs. I, II), tantôt un vagin rudimentaire (obs. III, IV, V, VI).

Le col est normal (obs. I, II), effacé par la distension de la cavité cervicale (obs. V), absent ou même indépendant du dôme vaginal (obs. III, IV, V, VI).

A l'hystéromètre, tantôt toute la cavité cervicale a disparu et le col ne présente aucune cavité apparente, tantôt la cavité cervicale est plus ou moins bien constituée et permet un cathétérisme de 3 à 4 centimètres.

Ces différents cas correspondent, les uns à l'imperforation de l'isthme (obs. I et II), les autres à l'occlusion ou à l'imperforation de l'orifice externe.

Donc l'imperforation de l'isthme se reconnaîtra, dans un vagin bien constitué avec un col d'aspect normal, par l'arrêt du cathéter utérin au niveau de l'orifice interne.

L'imperforation de l'orifice externe donnera lieu à une tuméfaction arrondie bombant dans le vagin.

La malformation est-elle accompagnée d'un arrêt de développement du vagin, le col distendu pourra, en plus, être en contact avec le dôme vaginal rudimentaire.

L'utérus lui-même présentera au palper bimanuel des aspects variés, suivant qu'il renfermera un petit hématomètre et alors son volume sera peu modifié, ou bien il sera distendu par une collection hématique importante et formera alors un globe plus ou moins considérable.

L'état des trompes et des ovaires est lui-même modifié. L'hématosalpinx peut être minuscule, en rapport avec un hématomètre minuscule lui aussi ; il peut, au contraire, former une tumeur plus ou moins saillante par distension de sa cavité par du sang.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale que six interventions abdominales pour imperforations de la région cervicale.

De ces interventions, cinq sont conservatrices (Goullioud, Engström, Ludwig, Halban et Hofmeier).

La sixième intervention fut une opération radicale (Bérard) ; elle a nécessité une hystérectomie totale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — GOULLIQUO

Imperforation de l'isthme utérin. — Etablissement artificiel d'un canal cervical ou trachélostomie.

Femme de vingt-sept ans, J.-M. Gr..., envoyée par le Dr Jeantelet, de Thoissey. Elle entre, le 9 mars 1903, à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon.

Ses parents sont bien portants, une sœur âgée de dix-huit ans est bien réglée.

Elle-même robuste, non nerveuse, a toujours joui d'une bonne santé. Elle s'est mariée à l'âge de vingt-trois ans, mais elle n'a jamais eu ses règles et souffre périodiquement tous les mois de coliques violentes dans le bas-ventre, durant de quatre à cinq jours. Ces coliques apparaissent à une date aussi fixe que les règles chez une femme normalement réglée. Elles ont augmenté depuis le mariage, c'est-à-dire depuis quatre ans.

Elles deviennent intolérables, obligent souvent la malade à s'aliter, débutent dans le bas-ventre, puis s'irradient dans la cuisse gauche.

Elles s'accompagnent de vomissements et parfois d'une sorte d'éruption caractérisée par de larges plaques rouges prurigineuses, laissant une tache brune à leur suite. La malade ne souffre pas en dehors de ces périodes de crises douloureuses. A part un léger souffle au foyer aortique, l'examen somatique ne révèle rien. Il est même bien net que la malade n'est pas nerveuse.

L'examen génital permet de constater que la vulve et le vagin sont normaux. Utérus plutôt petit, en antéversion. A gauche, les

annexes semblent un peu grosses et leur toucher fait penser à une salpingite chronique légère.

Le col utérin est aussi saillant que normalement, mais il est

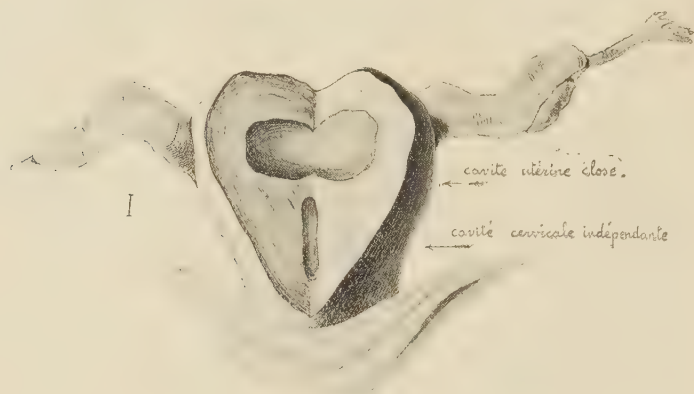


FIGURE 12.

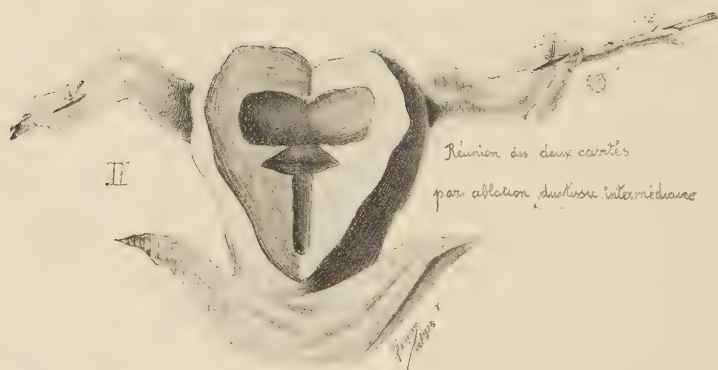


FIGURE 13.

conoïde. Le méat perméable donne pour la cavité cervicale un cathétérisme de 4 centimètres et demi, mais l'isthme est infranchissable.

Me rappelant un cas précédent où les coliques étaient dues à

une hématome minuscule, je me décidai à faire une laparotomie qui aurait pour but d'examiner l'utérus, et, s'il y avait un petit hématomètre dans le fond, de le mettre en communication avec la cavité cervicale ou même avec le vagin.



FIGURE 14.



FIGURE 15.

Je ne me résoudrais à la castration qu'en l'absence de tout hématomètre.

OPÉRATION le 18 mars 1903. — Laparotomie conduite suivant le plan indiqué.

L'utérus, mis à nu, a à peu près le volume d'un utérus normal, mais de chaque corne part une trompe grosse, serpen-

tine, qui renferme un peu de liquide, mais n'a pas cependant le volume du petit doigt; son extrémité périphérique se termine brusquement par un cul-de-sac arrondi. Dans son ensemble la trompe rappelle un peu l'aspect de l'appendice iléo-cæcal, distendu par du liquide. A cette extrémité arrondie fait suite un tractus fibreux à droite, une sorte de pavillon atrophié à gauche. Il y a dans les trompes une rétention certaine et celle-ci doit communiquer avec une rétention semblable dans la cavité utérine, mais celle-ci n'est pas assez distendue pour former un relief anormal sur le fond de l'utérus.

Par l'abdomen je fends la face antérieure du corps utérin par une incision verticale médiane. Je trouve presque aussitôt une petite cavité utérine transversale renfermant quelques gouttes de sang coagulé et se continuant avec les trompes.

La même incision, après léger décollement de la vessie, atteint aussi la cavité cervicale. Ces deux cavités sont séparées par un pont de substance musculaire d'1 centimètre d'épaisseur environ. Pour faciliter leur rapprochement, je résèque sur le fond de l'utérus ouvert, étalé, ce tissu intermédiaire, délimité par une incision losangique à droite et à gauche.

Dès lors, les muqueuses de la cavité du corps et de la cavité du col peuvent arriver au contact. Je les réunis par un point de suture au catgut puis je mets dans la cavité utérine un bout de drain qui pénètre dans la cavité cervicale et le vagin, et dont je fixe le bout profond dans la cavité utérine avec un catgut résorbable. Je tâche d'ouvrir les deux trompes à leur extrémité excentrique par une sorte de salpingostomie simplifiée, un point de suture réunissant la muqueuse tubaire au péritoine tubaire. Il s'échappe de la trompe un petit caillot de raisiné. Je referme l'utérus par quelques points de catgut Repin et chromique; je rabats enfin le lambeau vésical décollé et le fixe à sa place normale.

Par prudence je draine par une petite mèche laissée en bas de la ligne de suture de la paroi abdominale (nous sommes en 1903).

Les suites ont été très simples. La malade n'a pas souffert. Suintement vaginal sans importance. Le petit drain utérin n'est tombé que le dix-huitième jour.

Le 1^{er} avril, la malade qui devrait avoir ses coliques périodiques ne souffre pas. On n'a pas vu d'écoulement de sang, à peine quelques petites coliques, puis plus rien.

Une lettre de M. Jeantelet, du 1^{er} juin, nous apprend que la malade « est enchantée de son opération, car elle n'a pas souffert une seule fois des douleurs qu'elle ressentait autrefois. Elle a eu ses règles deux fois, le 25 avril et le 25 mai, peu abondantes, il est vrai, mais sans aucune douleur ».

J'aurais voulu à ce moment calibrer l'isthme utérin avec des bougies d'Hégar, mais l'opérée a refusé de se rendre à l'hôpital, prétextant sa guérison et les travaux des champs auxquels elle s'adonne.

Une lettre de la malade du 13 mai 1908 nous permet de connaître la guérison persistante depuis cinq ans. Des règles très peu abondantes surviennent tous les mois, mais sans aucune douleur. Aucune grossesse ne s'est produite.

OBSERVATION II. — ENGSTRÖM

Imperforation de l'isthme utérin. — Laparotomie. Etablissement artificiel d'un canal cervical.

Femme de vingt et un ans, cultivatrice, célibataire, se plaignait depuis trois ans de douleurs du bas-ventre, s'irradiant vers les hanches et l'épigastre; les douleurs, au début, survenaient à des intervalles d'un à trois mois, mais, dans les derniers temps, elles devenaient persistantes. Les règles n'ont pas encore paru; les parties génitales externes sont complètement normales, l'hymen intact, le vagin et le col normaux également.

L'hystéromètre introduit par l'orifice externe rencontre au bout de 3 centimètres un rétrécissement qui doit correspondre à l'orifice interne. L'hystéromètre poussé pénètre encore de 3 centimètres.

Le corps utérin forme une tumeur solide, du volume d'un œuf de dinde. Il s'en détache, à droite, une induration pâteuse,

en forme de boudin, et, à gauche, un cordon du volume du petit doigt.

Le diagnostic est hésitant entre une hématométrie avec oblitération de l'orifice interne ou un myome sous-muqueux.

En outre, il y a une double affection des trompes.

Laparotomie. — Incision du fond de l'utérus après ligature du col par un drain. A la place d'un fibrome on trouve une cavité remplie de sang noir, on ne voit pas l'orifice interne des trompes. Après avoir nettoyé la cavité utérine, on incise sur une pince à griffe introduite par le canal cervical. Le tissu sectionné a 1 centimètre d'épaisseur; après élargissement de l'orifice suffisant pour laisser passer l'index on introduit une mèche de gaze iodoformée de l'utérus dans la cavité cervicale, puis on fait une suture de l'utérus en deux plans.

Ablation de la trompe droite dilatée, qui contient du sang noir comme du goudron.

Au niveau de l'isthme tubaire, la cavité tubaire avait un diamètre d'1 demi-centimètre, mais elle s'élargissait ensuite pour atteindre 3 centimètres.

La trompe gauche, bleuâtre, un peu épaissie, est presque normale au niveau de l'isthme; elle n'est pas enlevée.

Guérison.

Suites tardives non indiquées.

OBSERVATION III. — LUDWIG

*Imperforation du col. — Laparotomie. — Hémisecti-
on de l'utérus; passage d'un trocart et d'une
canule à travers le col.*

Jeune femme de vingt-deux ans, nullipare, ne se rappelant avoir été atteinte d'aucune affection de l'enfance, ressentait depuis l'âge de quatorze ans, et régulièrement tous les mois, pendant quelques jours, de violentes douleurs abdominales, sous forme de coliques. Elle n'a jamais remarqué l'issue de sang à travers les voies génitales. Le coït était toujours très douloureux.

Les organes génitaux extérieurs étaient bien développés, et les poils de grandeur normale.

A l'entrée du vagin, au niveau de la fourchette antérieure, se voyait un débris hyménéal de 2 millimètres de haut; à la commissure postérieure, il n'y avait qu'une caroncule. Le vagin présentait un cul-de-sac profond de 7 centimètres, et il n'y avait de visible au fond ni museau de tanche, ni col, ni traces de cicatrice.

Par le toucher rectal on trouvait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, que les mouvements passifs du toucher rendaient très douloureuse. Cette tumeur avait la configuration et la situation d'un utérus en rétroversion. Les trompes et les ovaires n'étaient pas sentis nettement.

Dès cet examen, le diagnostic d'une hématométrie fut posé avec certitude, mais il y avait, en outre, à savoir s'il existait un hématosalpinx, si l'atrésie vaginale était seule en cause, ou s'il existait encore une imperforation du col.

Me souvenant des difficultés qui se sont présentées parfois après l'ouverture par le vagin des atrésies vaginales compliquées d'hématométrie, et avec l'assentiment de mon Maître, je renonçai à intervenir par la voie vaginale et je décidai de pratiquer une laparotomie.

Intervention. — Il existait un corps utérin rétrofléchi, bien développé, dont le fond présentait à son milieu quelques adhérences. On trouve en même temps dans le fond de la cavité pelvienne une cuillerée d'un sang épais et noirâtre. Les trompes et les ovaires étaient libres, les premières étaient même bien contournées.

On redresse l'utérus et on l'ouvre par une incision longitudinale sur sa face antérieure pour pratiquer le cathétérisme des trompes; elles étaient complètement perméables. La muqueuse du corps utérin était fortement injectée, la cavité utérine petite et les parois de l'utérus avaient 2 centimètres d'épaisseur. Entre la cavité utérine et le dôme vaginal existait à la place du col une colonne de tissu fibreux du volume du petit doigt et d'une hauteur de 3 à 4 centimètres.

Pour établir une communication entre la cavité du corps et le vagin, un trocart transperça cette colonne cervicale et la canule fut laissée en place.

Fermeture ensuite de l'utérus, puis de la paroi abdominale.

Suites opératoires immédiates, simples.

Les suites opératoires éloignées nous sont inconnues.

OBSERVATION IV. — HALBAN

Utérus unicorne, avec corne rudimentaire. — Atrésie de l'utérus unicorne avec hématomètre. — Col imperforé et isolé du vagin. — Hystéro-élytrostomie par voie abdominale. — Implantation du fond de l'utérus dans le vagin.

M. J..., âgée de vingt ans, célibataire, domestique, fut reçue à la clinique le 21 août 1901.

Antécédents. — La patiente s'était toujours bien portée jusqu'au début de cette maladie. Elle n'a pas encore été réglée. Depuis deux ans, elle souffre régulièrement, vers le milieu de chaque mois, de crampes extrêmement douloureuses dans le bas-ventre; ses douleurs s'irradient même dans les deux jambes. Elles durent environ de deux à trois semaines, puis sont séparées par une ou deux semaines de tranquillité.

Durant la première année de la maladie, les douleurs n'étaient pas très accusées, mais leur intensité augmenta toujours de mois en mois, si bien que, dans ces derniers temps, la malade était incapable d'aucun travail.

Actuellement elle est dans une période calme depuis deux semaines.

Bientôt après le début de l'affection, la malade remarque qu'elle a des envies plus fréquentes d'aller à la selle, et, à la fin de la période douloureuse, s'installe du ténesme avec issue de sang; elle se trouve alors complètement soulagée.

La malade a, depuis six mois, des rapports sexuels incomplets.

On ne note aucun écoulement vaginal; les mictions ne sont pas douloureuses.

Etat actuel. — La malade est de corpulence moyenne, bien constituée, ayant bon appétit, et nullement anémique.

L'abdomen n'est pas augmenté de volume, il n'offre pas de résistance anormale; on note un peu de tympanisme à la percussion.

A trois travers de doigt, au-dessus de la symphyse, sur la ligne médiane, il existe une très forte sensibilité à la pression.

Dans l'urine, on ne trouve ni sucre, ni albumine.

Examen gynécologique. — Vagin d'environ 7 centimètres, terminé en cul-de-sac; à 2 centimètres au-dessus de celui-ci se trouve un utérus un peu plus gros qu'un œuf de poule et dont le fond paraît assez fortement incliné à gauche. De son bord gauche, prend naissance un cordon de la grosseur d'un crayon, qui se dirige contre la paroi abdominale du côté gauche. Les ovaires ne sont pas perceptibles.

Dans ce cas, on pouvait interpréter avec certitude les douleurs ressenties par la malade comme étant dues à l'arrêt du molimen menstruel, à un hématomètre dans un utérus fermé.

Par le palper fortement appuyé, on pouvait diagnostiquer également un utérus unicorne. Pour en avoir, si possible, une confirmation, je pratique la cystoscopie, car il arrive fréquemment que, dans les utérus unicornes, il n'y a pas d'uretère du même côté où fait défaut la corne utérine. Mais cet examen vésical ne donna aucun renseignement, je vis les deux méats urétéraux d'où s'écoulait une urine claire.

OPÉRATION, 27 août 1901. — Incision de la symphyse à l'ombilic. A l'ouverture de l'abdomen, l'aspect des organes génitaux était le suivant: l'utérus, de la grosseur d'un œuf de poule, était incliné à gauche; à droite de lui, se voyait un deuxième utérus de la grosseur d'une noisette, qui est relié au col de l'utérus gauche par un cordon passant derrière la vessie.

Après décollement péritonéal, et refoulement de la vessie, le col fut découvert, rudimentaire, non envahi par l'hématomètre dont le pôle inférieur distend seulement l'orifice interne.

De la corne rudimentaire droite, s'échappe une trompe rudimentaire à côté d'un ligament rond et derrière eux se trouve un ovaire normal.

De l'utérus gauche prend naissance un ligament rond normal ; quant à la trompe, elle constitue un petit hydrosalpinx, masquant un ovaire sain.

La réunion du pôle inférieur de l'hématomètre au vagin. à cause de l'éloignement de ces deux organes, ne pouvait guère être essayée avec sécurité, car les sutures devaient presque fatalement lâcher ; on résolut alors d'implanter le fond utérin sur le vagin. Ceci, par contre, semblait très faisable, car le fond utérin était mobile dans le sens antéro-postérieur.

Sur ce fond utérin, on excise un coin de 3 centimètres de longueur sur 1 de largeur, à travers lequel l'hématomètre est ouvert et une cuillerée d'un sang épais et noirâtre enlevé.

Par le vagin on introduit une pince qui fait bomber le cul-de-sac ; sur le point saillant, on incise par l'abdomen et on suture ensuite l'orifice utérin à l'ouverture vaginale. Cette opération est rendue facile par une culbute du fond utérin en avant. Un drain est ensuite introduit dans le canal ainsi constitué ; suture des deux muqueuses à la soie tout autour du drain.

Surjet péritonéal rendant la situation des organes génitaux opérés extrapéritonéale.

Il y a lieu de se demander, à la suite de cette intervention, si la femme ne courrait pas de risques en cas de conception. En général, il y a lieu d'interrompre la communication de la trompe à l'utérus par une incision, mais, dans ce cas, on pouvait s'en dispenser parce que les éléments mâles et femelles ne pouvaient passer dans la trompe gauche atteinte d'hydrosalpinx et que, d'autre part, la corne droite rudimentaire n'était unie au col que par un cordon plein. Suture de la paroi à trois plans.

Suites opératoires sans incidents. La température ne dépassa 38 degrés que le soir de l'opération.

Le drain tombe de lui-même le troisième jour. Ablation des fils le huitième jour. Réunion *per primam*.

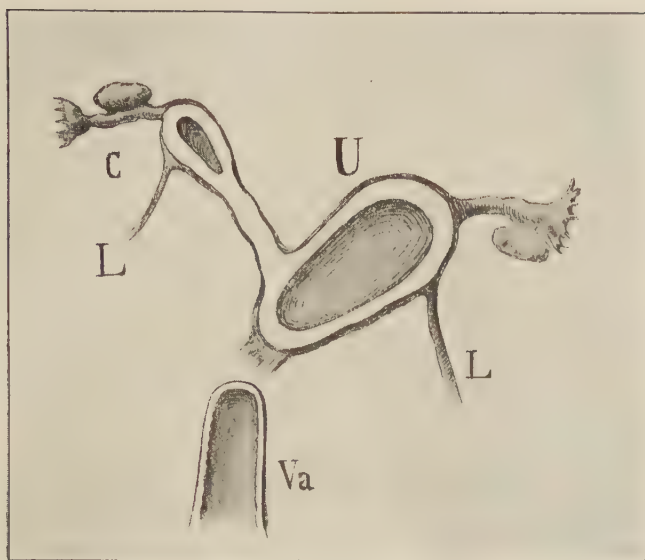


FIGURE 16. — C, corne rudimentaire. — L, ligaments ronds.
— U, utérus. — Va, vagin. — (Halban).

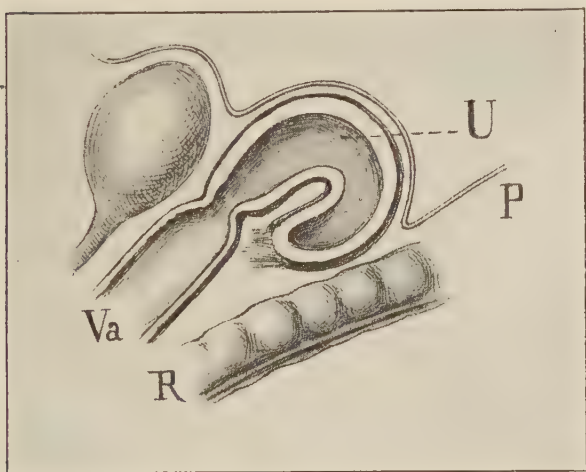


FIGURE 17. — U, utérus. — Va, vagin. — P, péri-
toine. — R, rectum. — (Halban).

La malade se lève le 9 septembre, c'est-à-dire quatorze jours après l'opération, se sentant tout à fait bien. Le 12 septembre, elle se plaint d'une douleur analogue à celles ressenties avant son opération, mais très atténuée; aucun écoulement de sang par le vagin.

Le toucher vaginal permet de sentir l'orifice artificiel, et une sonde introduite pénètre à 4 centimètres de profondeur dans la cavité utérine. Aucune sensibilité de l'abdomen.

La malade part le 16 septembre de l'hôpital.

Elle quitte Vienne pour y revenir en septembre 1902, un an après l'opération.

Les douleurs avaient complètement disparu et, quatre semaines après l'opération, elle pouvait déjà faire un travail assez pénible.

Environ un mois après celle-ci, elle eut un léger écoulement de sang qui dura deux heures, et depuis la malade a été réglée, mais pas très régulièrement. Depuis six mois, les règles se sont régularisées : au début, tous les quatorze jours; actuellement, elles ne surviennent que toutes les quatre semaines et durent trois à quatre jours.

On peut donc dire que le résultat de l'opération a été satisfaisant et recommander pour des cas analogues la technique employée chez cette malade.

OBSERVATION V. — HOFMEIER

Hématomètre par occlusion du col. — Absence partielle du vagin. — Hystéro-élytrostomie par voie abdomino-vaginale.

Novembre 1903. — Il s'agissait d'une jeune femme de dix-neuf ans qui n'était pas encore réglée et qui se plaignait de douleurs lancinantes dans le bas-ventre depuis deux jours.

Jeune fille bien constituée, avec des organes génitaux externes normalement développés. L'hymen est persistant, mais le vagin rudimentaire et profond d'1 cm. 1/2.

Par le toucher rectal, on sent, à 6 centimètres environ au-dessus du dôme vaginal, une tuméfaction de forme arrondie, légèrement mobile, surtout accusée à sa partie déclive. Au-dessus de celle-ci, les deux ovaires sont nettement perceptibles et mobiles. Du pôle inférieur de cette tumeur descendaient des cordons fibreux qui semblaient la réunion du dôme vaginal.

Cliniquement, d'après les symptômes et les signes observés, il s'agissait d'un utérus dont le col devait être distendu vraisemblablement par une rétention sanguine.

Par le toucher rectal, on sentait en plus, sous le pôle inférieur de cette tumeur, une petite fossette située au niveau du point correspondant à l'orifice externe du col.

Il s'agissait ainsi dans ce cas d'une malformation utérine très rare : atrésie complète du vagin avec des organes génitaux internes normalement constitués.

Quant au traitement d'une pareille malformation, il semblait encore plus difficile que le diagnostic. En effet, il était manifeste que l'établissement d'un canal suffisant, partant de ce vagin rudimentaire extrêmement étroit et aboutissant à l'utérus haut situé, était très difficile, mais encore plus difficile était d'établir une perméabilité durable de ce canal artificiel.

Après avoir parcouru la littérature médicale, j'eus l'idée, déjà proposée par Pfannenstiel, de faire l'opération suivante :

1^o Ouverture de la cavité abdominale, incision du péritoine entre l'utérus et la vessie, séparation de ces deux organes l'un de l'autre, puis création artificielle entre les deux d'un canal suffisamment profond ;

2^o Ouverture de l'utérus et traction de celui-ci en bas, et suture du col utérin abaissé avec le vagin rudimentaire.

Intervention. — Dans un *premier temps* opératoire (par voie vaginale), je fais une incision transversale au fond du vagin rudimentaire très étroit et je sépare avec des instruments mousses la vessie du rectum sur une hauteur de 4 à 5 cent.

Déjà, ce temps opératoire fut très délicat et rendu difficile par l'étroitesse du canal, le suintement sanguin et le défaut de fixité des tissus.

Deuxième temps. — Voie abdominale.

Après avoir mis la malade en position de Trendelenburg, laparotomie.

On trouve l'utérus élevé, volumineux, ainsi que les deux ovaires. Section transversale du péritoine au-devant du col

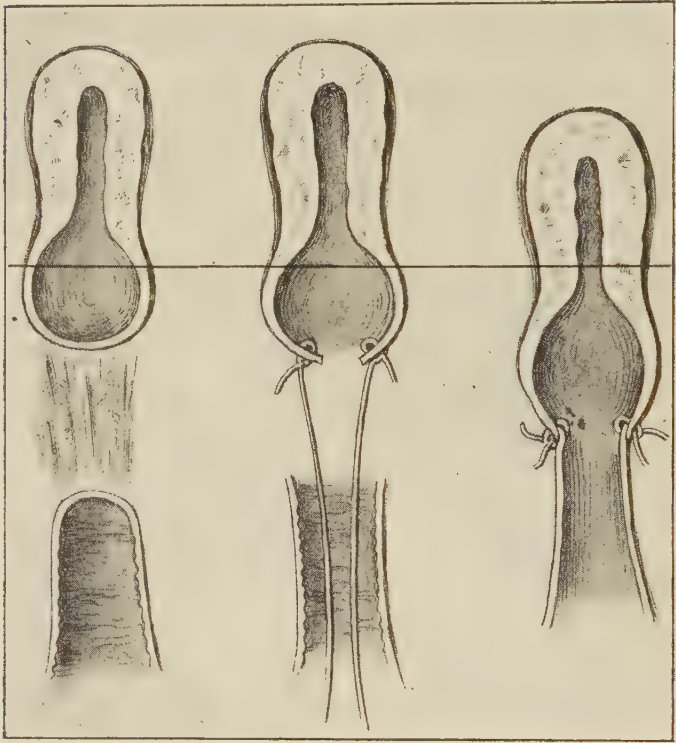


FIGURE 18. — (Hofmeier).

distendu par une boule par l'hématomètre, et séparation complète de celui-ci avec la vessie.

Par l'ouverture du col, dans le sens sagittal, s'écoule une grande cuillerée de mucus sanguinolent.

Ensuite, par le vagin, avec un doigt et sous le contrôle de la main abdominale, on va au devant du décollement fait par

l'abdomen et on crée ainsi une sorte de canal; on passe ensuite deux fils de soie à travers les lèvres du col pour pouvoir attirer l'utérus en bas. Péritionisation, puis suture de la paroi abdominale.

Ensuite, l'ouverture du col nouvellement constituée est suturée par quelques points à la soie, avec la tranche vaginale sectionnée. Cette dernière partie de l'opération fut très difficile à cause de l'étroitesse du canal.

Après la terminaison de cette opération, tout le canal, de l'entrée du vagin au fond de l'utérus, était parfaitement perméable à un gros cathéter.

Les suites opératoires furent apyrétiques.

OBSERVATION VI. — BÉRARD

Malformation utéro-vaginale complexe, castration abdominale avec conservation d'un ovaire.

Cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, originaire de la Savoie, nous avait été adressée à l'Hôtel-Dieu, par M. le Dr Durand, de la Croix-Rousse, qui avait constaté chez elle un vagin réduit à un cul-de-sac de 3 centimètres environ, derrière un hymen largement perforé. La malade l'avait consulté pour des coliques très douloureuses, survenues périodiquement chaque mois, depuis près d'un an. Depuis deux ans, chaque mois également, elle avait des épistaxis assez abondantes. Jamais elle n'avait été réglée.

L'examen combiné par le toucher rectal et le palper abdominal permettait de constater la présence d'un petit utérus, séparé du fond de l'amorce vaginale par une sorte de tractus résistant. L'épaisseur de la paroi abdominale chez cette fille obèse ne permettait pas de délimiter, ni même de percevoir les annexes; il n'y avait en tout cas pas de signes physiques de pelvipéritonite, ou d'hématocèle, ou d'hématométrie, ou d'hématosalpinx.

A cause de l'étroitesse du vagin rudimentaire, de la situation

élevée de l'utérus qui auraient rendu très difficile un abaissement direct de celui-ci par voie vaginale, je résolus de pratiquer une laparotomie exploratrice qui me permit, le cas échéant, de suturer le col utérin au vagin ouvert de haut en bas sur un conducteur. A l'incision du péritoine, je trouvai l'S iliaque agglutinée à l'utérus et aux annexes par des lamelles fibrineuses encore semées de taches rosées ou livides, qui témoignaient d'anciennes hémorragies. Les deux trompes dégagées étaient violacées et encore un peu distendues par du sang liquide. Les ovaires étaient normaux. Quant à l'utérus, il se trouvait réduit à cette masse globuleuse, du volume d'un œuf qui correspond à la partie haute du corps. Le col semblait absent et remplacé par une lame fibreuse, épaisse d'1 centimètre, longue de près de 2 centimètres, tendue du dôme vaginal au pôle inférieur de l'utérus.

Après un examen attentif et prolongé de ces organes, je me résolus purement et simplement à en faire l'ablation pour les raisons suivantes : en admettant qu'on pût fixer le pôle inférieur de l'utérus au vagin ouvert, la forme même de cet organe devait nous faire craindre une absence du canal cervical, ce qui eût rendu vaine toute tentative d'autoplastie. Sans doute, en pareil cas, on a pu conseiller la reconstitution du vagin et de la muqueuse utérine au moyen de lambeaux cutanés ou muqueux, et même au moyen d'une anse intestinale avec son méso. M. Patel m'avait même suggéré d'essayer ici le lambeau épidermique de Nové-Josserand, roulé sur une sonde et introduit avec elle dans le canal cervical reconstitué. Mais les résultats de pareilles tentatives, du moins pour celles que je connais, m'avaient semblé peu engageants. J'avais eu l'occasion, soit comme interne, soit comme assistant, de suivre les malades chez lesquels on avait essayé d'abaisser et de calibrer l'utérus distant du vagin et avec un col imperforé : les interventions avaient été multiples, laborieuses, aveugles ; l'une d'elles s'était terminée par un désastre à la dixième ou douzième anesthésie. Je ne sache d'ailleurs pas qu'avec des malformations aussi complexes, on soit jamais arrivé au but, c'est-à-dire à permettre à la femme une grossesse et un accouchement normaux.

J'ai donc enlevé utérus et annexes, en conservant seulement l'ovaire droit, pour prévenir les accidents éventuels liés à l'absence de sécrétion interne. Actuellement l'opérée est en bonne voie de guérison.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

I. — *Dans la première observation* (D^r P. Goullioud), il s'agissait d'une imperforation de l'isthme utérin compliquée d'un hématomètre minuscule et de très petits hématosalpinx. Le vagin était normal, le col saillant, la cavité cervicale perméable, mais l'hystéromètre était arrêté 4 centimètres et demi plus loin, au niveau de l'orifice interne.

« L'isthme utérin était infranchissable. » Le corps avait son volume non augmenté, son aspect non modifié, mais le chirurgien était convaincu de la présence au delà de l'isthme imperforé d'une petite cavité hématométrique.

Par la laparotomie, en incisant verticalement la face antérieure de cet utérus, on avait la confirmation du diagnostic, et, de plus, on pouvait aussitôt rendre à l'isthme sa perméabilité. En effet, cette hémisection montre bien les lésions soupçonnées : une toute petite cavité utérine hématométrique, une cavité cervicale normale, et, entre elles, un pont de tissu fibreux d'un centimètre et demi d'épaisseur.

Il est une loi bien établie, depuis Schroeder, c'est que, pour assurer un canal artificiel permanent, non rétractile, il faut faire une suture des muqueuses des cavités à réunir. Dans ce cas, il fallait faire une résection

cunéiforme de ce pont de tissu fibreux, ce qui permettait l'affrontement de la muqueuse de la cavité cervicale à la muqueuse de la cavité utérine.

C'était, en somme, établir un canal artificiel entre ces deux cavités. Mon père proposa pour cette opération le nom de *trachélostomie abdominale*, ou rétablissement artificiel du canal cervical par voie abdominale.

Cette opération principale fut complétée par une salpingostomie minuscule, c'est-à-dire une petite incision sur les trompes, permettant de les vider de leur contenu hématique, et, par conséquent, d'éviter ainsi les accidents d'infection secondaire.

Nous n'avons pas trouvé d'opérations semblables, ni pour la trachélostomie, ni même pour cette variété de salpingostomie. Les suites de cette opération furent parfaites. Cinq ans après, nous recevons d'excellentes nouvelles de la malade.

II. — *Dans la deuxième observation* (Engström), il s'agissait également d'une imperforation de l'isthme utérin. L'hystéromètre montre un canal cervical présentant un premier rétrécissement, puis une imperforation au niveau de l'orifice interne. L'histoire clinique de la malade indique aussi l'existence probable d'un hématoètre (aménorrhée, avec douleurs mensuelles).

Engström, par l'abdomen, fait aussi une hémisection de l'utérus sur sa face antérieure, constate l'hématoètre, le vide, et s'efforce de le mettre en communication avec le canal cervical, en sectionnant au bistouri le pont isthmique et en glissant de l'utérus

dans le col une mèche de gaze. Il enlève ensuite la trompe transformée en hématosalpinx.

Malheureusement, l'auteur ne donne pas les suites éloignées de son opération ; on peut craindre, d'après l'expérience générale, que le tissu rétractile sectionné n'ait donné lieu à un rétrécissement ultérieur (c'était le sort réservé aux interventions analogues faites par le vagin).

III. — *Dans l'observation de Ludwig*, le col n'est pas perforé, et, entre la cavité utérine distendue par un léger hématomètre et le dôme vaginal terminé en cul-de-sac, il y a une colonne large de tissu fibreux d'une épaisseur de plus de 3 centimètres. Ludwig se contente de traverser cette colonne par un trocart dont il laisse la canule en place. Ces manœuvres ont été faites après hémisection du corps utérin sur sa face antérieure. Les suites immédiates furent simples, mais on ne donne, malheureusement, dans le compte rendu de cette présentation aucun détail sur les suites éloignées de l'opération. Mais déjà Wertheim élevait des doutes sur la persistance d'un canal ainsi créé, au trocart, en plein tissu fibreux. Les trompes cathétérisées se montrèrent perméables.

IV. — Halban *fit une intervention très curieuse et conservatrice au plus haut point*. C'est dans un utérus unicorne que s'est développé l'hématomètre ; son pôle inférieur est séparé du vagin par un intervalle, occupé par des tractus de tissu conjonctif.

Halban, très décidé à la conservation, reconnaissant

l'impossibilité de réunir le pôle inférieur de l'hématomètre au vagin à cause de l'éloignement de ces deux organes, eut l'idée ingénieuse de faire culbuter en avant le fond utérin pour le rapprocher d'un point plus accessible du vagin, puis, par l'abdomen, il incise le fond de l'utérus basculé et le dôme vaginal, et les réunit par une suture à la soie après avoir interposé un petit drain dans l'orifice ainsi créé.

Le résultat lointain de cette intervention a été des plus satisfaisants. Quant à l'objection qui se présente de suite à l'esprit, à savoir ce qui serait advenu en cas de grossesse, Halban fait remarquer que celle-ci était impossible du fait des lésions concomitantes des trompes (hydrosalpinx à droite, et à gauche la trompe est transformée en un cordon plein).

V. — *C'est encore une opération très conservatrice que celle d'Hofmeier.* Elle est complexe à cause des malformations cervicales et vaginales très importantes. Le col est obturé à son orifice externe ; la cavité cervicale est distendue par un hématomètre et le pôle inférieur globuleux de cette tumeur est séparé du vagin par un intervalle de 6 centimètres. Cependant Hofmeier n'a pas renoncé à conserver cet utérus et à l'aboucher dans le vagin. Pour arriver à ce résultat, il a dû faire une opération en trois temps, un premier vaginal, un deuxième abdominal, un troisième vaginal.

Par le vagin, il sectionne d'abord le cul-de-sac et amorce le décollement du rectum et de la vessie. Par l'abdomen, il achève le décollement, ouvre le pôle inférieur de l'hématomètre, puis, sur les lèvres de cette sec-

tion, il place deux fils de soie qui serviront à attirer l'utérus par le vagin. C'est le troisième temps qui se termine par une suture à la soie de la muqueuse cervicale abaissée à la muqueuse vaginale.

Il est remarquable que le but proposé fut atteint, en effet, le résultat immédiat a été bon ; nous ne connaissons malheureusement pas les suites éloignées.

VI. — *Dans le cas* de Bérard (obs. VI), les lésions sont un peu analogues à celles constatées dans les observations précédentes, mais l'opérateur a préféré l'ablation de l'utérus à sa conservation, et pour les raisons suivantes, qu'il a indiquées lui-même.

La malade était obèse, le vagin réduit à un cul-de-sac étroit, il n'y avait pas de cavité cervicale, mais seulement un épaissement fibreux d'un centimètre d'épaisseur qui tenait lieu de col.

Bérard eut l'idée de faire une opération analogue à celle d'Hofmeier, et même de recourir à une autoplastie intestinale, ou d'employer même le lambeau épidermique de Nové-Josserand.

Il y renonça à cause des difficultés accumulées dans ce cas, et à cause du souvenir d'opérations vaginales répétées et malheureuses, pour une malformation analogue.

Il se contenta de conserver un ovaire pour assurer la sécrétion interne.

Quant au résultat, il fut excellent, la malade fut complètement soulagée par l'opération.

TRAITEMENT

INDICATIONS GÉNÉRALES

Il est curieux de voir la diversité des interventions pratiquées ; *cinq ont été conservatrices*, leurs indications furent doubles.

1° Soulager la malade par la suppression de l'hématomètre et l'établissement d'un canal perméable au sang menstruel ;

2° Conserver à la femme son utérus et sa fonction menstruelle.

Halban plus particulièrement insiste, dans un travail important, sur l'utilité de conserver à la femme *ses caractères sexuels*, et même de lui permettre d'avoir ultérieurement une conception et de la mener à bien. Il est, en effet, de toute nécessité d'opérer ces malades, à cause de leurs douleurs intenses, mensuelles, apparaissant à la puberté et augmentant progressivement dans la suite à cause de la distension de la cavité utérine par l'hématomètre. De plus, la conservation des organes génitaux est très naturelle, puisqu'il s'agit toujours de femmes très jeunes ; une seule a pu attendre jusqu'à l'âge de vingt-sept ans (obs. I), toutes les autres ont dû être opérées entre dix-huit et vingt-deux ans.

L'*intervention radicale* (Bérard) remplit facilement le premier but et soulage immédiatement les malades, mais elle ne doit être tentée que si on reconnaît une conservation des organes génitaux impossible, ainsi que l'installation durable d'une fistule utérine.

Une grossesse ultérieure est-elle une contre-indication d'une opération conservatrice ? Nous ne le croyons pas ; mais si le chirurgien redoute une conception pouvant amener des risques sérieux au cours de son évolution, il doit en même temps stériliser la femme en pratiquant l'exclusion des trompes (*Ausschaltung der Tuben*. — Halban).

INTERVENTIONS CONSERVATRICES

Elles sont fort différentes et s'adressent à des cas si variés, qu'il nous paraît naturel de les envisager dans trois groupes séparés.

Voici les trois cas types qui peuvent se présenter et auxquels on pourra rapporter les variétés indéfinies :

I. — Imperforation de l'isthme utérin (obs. I, II).

II. — Imperforation du col remplacé par un bloc de tissu fibreux (obs. III et VI).

III. — Séparation complète de l'utérus et du vagin (obs. IV, V).

IMPERFORATION DE L'ISTHME UTÉRIN

Trachélostomie

Dans les cas d'imperforation de l'isthme utérin, le museau de tanche existe dans le vagin, peu ou pas modifié.

Il y a une cavité cervicale susceptible d'être cathétérisée, et c'est le cathétérisme qui montre le siège exact de la malformation.

Il semble que *toute opération vaginale doit être abandonnée*, car elle ne permet qu'une *perforation aveugle*, qui ne peut être complétée par une autoplastie assurant une perméabilité durable du canal artificiellement créé. Il est de plus fort important de connaître l'état des annexes.

Une opération abdominale semble, au contraire, toujours très indiquée. Grâce à la laparotomie, il est loisible de se rendre compte très exactement des malformations existantes, utérines et salpingiennes, et d'y remédier.

Dans les cas d'imperforation de l'isthme utérin, il faudra faire :

- a) Une hémisection de l'utérus sur sa face antérieure ;
- b) L'hématomètre sera vidé ensuite ;
- c) On terminera par une section de l'isthme plein, assurant ainsi une communication entre la muqueuse du corps utérin et la muqueuse cervicale.

On ne se contentera pas, comme Engström, de faire une simple section du tissu fibreux obturant l'isthme, et d'y glisser à travers une mèche ou un drain. On sait, en effet, que la récurrence est presque fatale après semblable intervention. Peut-être pourrait-on faire, en pareil cas, application de la méthode de Nové-Josserrand (lambeau épidermique roulé autour d'une sonde), mais n'oublions pas que des femmes qui ont un canal cervical bien tapissé de muqueuse ont parfois des douleurs dysménorrhéiques intenses qui ne sont souvent soulagées que temporairement par la dilatation.

L'opération idéale paraît donc être la trachélostomie avec résection cunéiforme du pont fibreux isthmique. Elle supprime le tissu rétractile et permet facilement l'affrontement des deux muqueuses.

Le cas où elle a été employée (obs. I) a été suivi d'une guérison parfaite, constatée encore après cinq ans.

2. IMPERFORATION DU COL, REMPLACÉ PAR UN BLOC DE TISSU FIBREUX

I. — Hystéro-élytrostomie.

II. — Laparotomie pour vérifier l'état des annexes.

Dans ces cas, on ne retrouve plus, au toucher, le museau de tanche et l'orifice externe du col, mais une saillie globuleuse au fond du vagin. Souvent même, on constate un vagin terminé en cul-de-sac, et c'est alors par le toucher rectal que l'on sent un épaissement fibreux d'1 à 4 centimètres qui correspond au col imperforé.

Pour de telles malformations, il y a lieu de discuter plus longuement les interventions vaginales, et il est légitime de leur réserver une large place.

Dans son travail sur les imperforations acquises du col, Hofmeier montre que des opérations faites par voie vaginale ont été suivies de succès durables; il insiste, en outre, sur la simplicité de pareilles interventions, qui, à première vue, semblent impossibles à tenter par l'abdomen. C'est donc à l'opération de l'*hystéro-élytrostomie* qu'il faut s'adresser. Pour Hofmeier, la simple ponction au trocart ou les incisions au bistouri de l'épaississement cervical ne peuvent donner de

résultats durables, ce qui l'amène à exposer un procédé nouveau. Il néglige volontairement de passer au milieu de ce bloc fibreux, mais passe à côté de lui, ou, en tout cas, le plus loin possible de son centre pour ouvrir l'hématomètre saillant et établir la fistule utérine avec suture de la muqueuse utérine à la muqueuse vaginale.

Nous conseillons plutôt de réséquer le bloc fibreux du col, ce qui ferait un large orifice au pôle inférieur

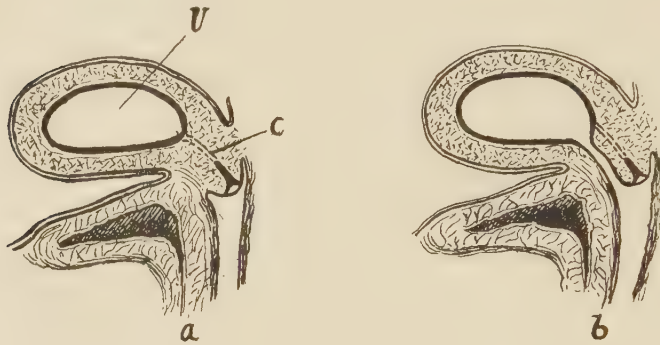


FIGURE 19. — (Hofmeier).

de l'hématomètre et faciliterait beaucoup la coaptation des muqueuses.

Ces deux interventions, soit celle d'Hofmeier, soit celle que nous proposons, ne sont que des modifications de l'incision simple de l'hématomètre par le vagin.

Mais nous devons rappeler ici combien ces opérations, d'allure si bénigne, ont été suivies de désastres. Ces faits se rapportent, il est vrai à la période pré-antiseptique : la ponction de l'hématomètre par le vagin qui, au premier abord, semblait soulager la malade, était fréquemment suivie, du quatrième au

huitième jour, d'accidents péritonéaux suraigus. Nous ne parlerons pas ici de toutes les hypothèses émises, jusqu'au jour où Rose a démontré qu'il y avait infection ascendante jusqu'aux hématosalpinx concomitants, et rupture de ces collections sanguines infectées en plein péritoine.

Ces faits, bien connus à l'heure actuelle, obligent le chirurgien, même à la suite d'une élytrostomie très simple, de recourir souvent à une laparotomie.

Celle-ci sera simplement *exploratrice*, si aucune lésion annexielle n'est constatée, mais elle devra être aussi *curatrice* dans les malformations avec hématosalpinx, et il faudra enlever ces trompes dilatées pour éviter toute cause d'infection.

3. SÉPARATION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

I. — Laparotomie. — Abaissement de l'utérus.

II. — Hystéroélytrostomie consécutive.

Les deux interventions d'Halban et d'Hofmeier montrent que même avec cette disposition spéciale l'établissement d'une fistule utéro-vaginale est possible.

Il est de toute évidence que des manœuvres purement vaginales pourraient être dangereuses, car on risque de léser le rectum ou la vessie qui ne sont plus séparés, mais réunis par une couche de tissu cellulaire plus ou moins importante.

C'est à une intervention à manœuvres combinées, abdomino-vaginales qu'il faut s'adresser.

On pourra débiter par un décollement de la vessie

et du rectum par voie vaginale ; on le complétera et on le surveillera par l'abdomen.

L'utérus peut-il s'abaisser, on se contentera d'aboucher le pôle inférieur au vagin.

Cet abaissement est-il impossible, on pourrait en dernier ressort avoir recours à la méthode préconisée et exécutée avec succès par Halban : faire culbuter le fond utérin pour le mettre en contact en un point accessible du dôme vaginal et établir à ce niveau la fistule utérine.

INTERVENTION RADICALE

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Ilâtons-nous de dire que si les opérations conservatrices précédentes méritaient d'être signalées, puisqu'elles ont donné des succès, il ne s'ensuit pas moins que beaucoup de chirurgiens préféreront à ces opérations, par trop complexes, l'opération radicale.

C'est ainsi que Bérard, trouvant un vagin rudimentaire, un utérus distant du dôme vaginal, n'a pas hésité à faire l'hystérectomie totale.

L'ablation simple de l'utérus malformé, supprimant la cause des douleurs, représente une opération légitime et plus bénigne.

Le sacrifice des ovaires, étant inutile, doit être évité.

DEUXIÈME PARTIE

MALFORMATIONS
LIÉES A LA BIFIDITÉ DE L'UTÉRUS

Comme nous l'avons vu dans notre première partie, le plus grand nombre des malformations utérines est en rapport avec des arrêts de développement du canal utéro-vaginal.

Ce canal étant formé par la fusion des deux canaux de Müller, les arrêts de développement peuvent se présenter aux différents stades de cette fusion, c'est-à-dire que les deux canaux de Müller restant séparés, deux utérus distincts peuvent en résulter. Ou bien leur fusion est plus avancée, d'où des variétés nombreuses de malformations différentes où apparaissent toujours les traces de la bifidité initiale.

Rappelons encore l'admirable thèse de Georges Gross, sur *l'Hématométrie et l'Hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital*. Cette thèse est le premier travail d'ensemble important sur ce chapitre de pathologie.

G. Gross a réuni 82 observations, jusque-là éparses, et c'est un tableau clinique très complet de cette entité pathologique qu'il a tiré de ses nombreux matériaux.

Cette thèse renferme l'historique de la question depuis les temps les plus reculés jusqu'en 1900, une étude embryologique et anatomique très complète des malformations utérines liées à la duplicité du canal génital. Puis viennent les observations aussi bien celles ayant nécessité une intervention abdominale que celles qui ont été simplement traitées par le vagin.

C'est sur l'étude des observations que sont basés les chapitres suivants : étiologie, anatomie pathologique, pathogénie, symptômes, diagnostic et traitement de cette complication des utérus doubles.

Nous ne saurions reprendre toute cette étude et nous nous bornerons donc particulièrement à la question de thérapeutique chirurgicale ; nous avons, en effet, étendu notre travail à d'autres malformations utérines, telles que les malformations de la région cervicale de l'utérus unique, et, d'autre part, à des indications chirurgicales autres que l'hématométrie, que l'on peut rencontrer dans l'utérus double.

La complication de l'hématométrie représente l'indication la plus fréquente des interventions dans ces malformations, aussi devons-nous donner dans ce travail une place prépondérante aux cas de bifidité de l'utérus compliquée d'hématométrie.

Il y a toutefois des utérus doubles rudimentaires qui ne présentent pas d'hématomètre et qui sont cependant douloureux au point qu'ils nécessitent des interventions.

Enfin, les utérus doubles peuvent avoir leur pathologie, c'est ainsi que dans les observations publiées comme interventions pour malformations utérines on trouve un assez grand nombre de cas où l'opération a été indiquée non par la malformation elle-même, mais par un accident pathologique indépendant de cette malformation, et survenu sur un utérus mal conformé.

Cette idée, croyons-nous, n'a été, jusqu'à présent, développée nulle part.

Ces quelques considérations nous permettront de

grouper dans les sous-titres suivants nos observations d'utérus doubles qui ont été justiciables de la laparotomie.

CHAPITRE PREMIER. — *Utérus doubles avec hématométrie.*

CHAPITRE II. — *Utérus doubles, douloureux, sans hématométrie.*

CHAPITRE III. — *Utérus doubles avec complications pathologiques, telles que déviation, métrite et annexite, fibrome ou cancer.*

CHAPITRE PREMIER

UTÉRUS DOUBLES AVEC HÉMATOMÉTRIE UNILATÉRALE

Ce groupe est le plus important de notre thèse ; c'est à son sujet que nous étudierons les grandes méthodes chirurgicales qui lui sont applicables.

On pourrait envisager séparément chaque forme de malformation : utérus didelphe, biloculaire, bicorne, à corne rudimentaire, pour ne citer que les types les plus distincts, mais cette étude nous obligerait à beaucoup de redites, et le nombre des interventions est encore trop limité pour permettre des conclusions pour chaque variété de malformations, aussi nous ne pourrons tenir qu'un compte secondaire de ces variétés, et nous devons classer nos observations, non pas d'après l'anatomie pathologique, mais d'après les interventions qui ont été pratiquées, qu'elles soient conservatrices ou radicales.

Les opérations conservatrices comprennent : l'*hémihystérectomie*, ou ablation d'un seul utérus hématométrique avec conservation de l'utérus normal ; la *salpingectomie unilatérale*, consistant en l'ablation de l'hématosalpinx concomitant, qui sera suivie ou précédée de l'évacuation vaginale de l'hématomètre, et enfin la *marsupialisation* de la collection hématique.

Les opérations radicales consistent dans l'*hystérectomie totale*, ou dans la *castration* (*salpingo oophorectomie bilatérale*).

OBSERVATIONS

I^o HÉMIHYSTÉRECTOMIES

Nous présentons d'abord les interventions concernant les cas les plus faciles, c'est-à-dire, les extirpations ou les énucléations de cornes rudimentaires, pédiculées ou sessiles, puis les hémihystérectomies types faites pour des utérus didelphes ou pseudodidelphes.

OBSERVATION VII. — GOULLIQUOUD

Hématométrie latérale minuscule dans la corne gauche rudimentaire d'un utérus bicorne à col unique. — Hémihystérectomie. — Guérison.

M^{lle} P... Dominica, religieuse, âgée de trente-trois ans, entre le 8 septembre 1902, à l'Hôpital Saint-Joseph, parce qu'elle souffre dans le côté gauche du ventre. Elle racontait qu'elle avait été réglée à quinze ans, normalement et qu'elle n'avait jamais souffert avant ses douleurs actuelles, qu'elle faisait remonter à un an. A ce moment, sans causes appréciables, elle avait commencé à souffrir à gauche après ses règles. Au début, semble-t-il, la douleur se calmait après quelques minutes de repos, mais dans la suite les souffrances duraient plus longtemps. Elles se reproduisaient alors par crises paroxystiques, persistant trois ou quatre jours au moment des règles.

Mais ces crises paroxystiques, depuis quelques mois, se prolongeaient plus longtemps, augmentant de fréquence et d'acuité, arrachant des cris à la malade.

La douleur revêt la sensation d'une déchirure dans le bas-ventre du côté gauche, avec irradiations dans le dos du même côté.

Les premiers jours de son hospitalisation, aucune crise ne s'étant produite lors de ma visite, je pensais d'abord à quelque ovarialgie hystérique, mais il fut bientôt manifeste que cette femme souffrait vraiment.



FIGURE 20. — *Corne rudimentaire avec hématométrie minuscule*
(Goullioud).

Par le palper bimanuel, on trouvait un utérus de volume normal incliné à droite, mais dans le Douglas à gauche, il y avait une induration sensible, dure, mobile avec l'utérus, du volume d'une mandarine. Devant la persistance des douleurs qui ne cédaient qu'aux piqûres de morphine, j'intervins.

OPERATION le 18 septembre 1902, pratiquée par le D^r Goullioud.

A la laparotomie on reconnaît que l'utérus est double ; à côté d'un utérus droit presque normal portant des annexes droites normalement constituées, on remarque un second corps utérin

implanté sur le bord gauche de l'utérus droit, au niveau de l'isthme, et portant un ovaire d'aspect normal et une trompe atrophiée.

On enlève cette corne utérine rudimentaire comme on ferait d'un fibrome sous-péritonéal, car il adhère à l'utérus principal par du tissu fibromusculaire. L'utérus droit et ses annexes sont laissés en place.

L'utérus enlevé est globuleux du volume d'une petite mandarine.

Ouvert, il présente une petite cavité centrale ayant à peine les dimensions d'une noisette. Elle est remplie de sang, ressemblant à celui que l'on rencontre dans toutes les rétentions d'origine congénitale. Il n'existe aucune communication de cette cavité avec les cavités de l'utérus droit, du vagin et de la trompe gauche.

Cette opération a amené une entière et durable guérison.

OBSERVATION VIII. — Professeur A. POLLOSSON
(Observation inédite).

Utérus bicorne à corne rudimentaire droite prise pour annexite. — Hématométrie minuscule, hématosalpinx et hématome de l'ovaire. Hémihystérectomie. — Guérison.

P. S..., âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital au début d'avril 1907.

Antécédents. — Réglée à quinze ans ; les premières règles ne sont pas douloureuses, mais la dysménorrhée s'installe à dix-sept ans, à la suite d'une affection abdominale ressemblant à de la péritonite et dont nous donnerons une explication plausible plus loin.

Depuis lors, la dysménorrhée a persisté, douleurs violentes à chaque période menstruelle.

Mariée depuis trois ans. Stérilité.

Au toucher, on sent une masse annexielle droite située près de l'utérus.

Laparotomie : le 18 avril 1907. — On trouve le petit bassin rempli d'adhérences, plus particulièrement à droite. Le fond utérin est difficile à dégager et à bien voir, mais on aperçoit à sa droite, au milieu d'adhérences épiploïques, une tumeur solide du volume d'une mandarine, séparée du fond utérin par un intervalle de 2 centimètres et dont les connexions avec l'utérus sont assez difficiles à préciser par suite des hémorragies en nappe qui résultent de la dissection des adhérences.

On pratique l'ablation de cette tumeur et des annexes correspondantes, on conserve l'utérus ; les annexes du côté gauche sont sains, on y voit un corps jaune.

Les suites opératoires furent très simples.

Examen de la pièce. — Elle est constituée par une tumeur dure, lisse, régulière, du volume d'une mandarine, possédant la portion isthmique de la trompe qui apparaît comme un cordon perméable, mais rétréci. De l'autre côté, on reconnaît le pavillon tubaire étalé, si bien que la tumeur principale paraît être nettement constituée aux dépens de la trompe.

A la section, on trouve une cavité minuscule, bordée d'une muqueuse hyperplasiée, à contenu séreux. Cette cavité représente probablement la cavité tubaire et la tumeur est constituée par la grande épaisseur des parois musculaires et conjonctives.

L'ovaire est complètement déformé, aplati, avec kystes hémattiques.

De quoi s'agit-il ?

Ees-ce un myome de la trompe ? Toutefois il n'existe pas de capsule ; est-ce un adénomyome de la trompe ?

Ce fut l'examen histologique qui fit faire le véritable diagnostic. Au microscope, on vit que la cavité centrale était bordée par une muqueuse tout à fait analogue à la muqueuse utérine, avec glandes rappelant la disposition des glandes du col ; de plus cette muqueuse se continuait avec le muscle sous-jacent sans interposition de *muscularis mucosæ* ; la paroi de la tumeur était constituée par des fibres musculaires et conjonctives coupées les

unes en long, les autres en travers et séparées par des vaisseaux conjonctifs où circulaient des vaisseaux.

En somme, l'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un utérus et on doit revenir à l'hypothèse d'un utérus rudimentaire dont la disposition a échappé au cours de l'intervention à cause des adhérences qui ont masqué le ligament rond, dont le point d'insertion, s'il avait été visible, aurait suffi à éclairer le diagnostic.

Celui-ci, à cause de l'examen histologique, devenait évident : il s'agissait d'un utérus double à corne rudimentaire droite avec hématométrie probable se vidant par le pavillon tubaire dans le péritoine et accompagné d'hématome de l'ovaire et de l'épiploon avoisinant et adhérent.

Restait à chercher une explication de cette dysménorrhée qui semblait acquise et non congénitale ? Il est loisible d'admettre que, de quinze à dix-sept ans, l'utérus normal seul a été menstrué et que l'affection abdominale que présente la malade accompagna la première crise dysménorrhique due à la menstruation de l'utérus rudimentaire qui ne put se faire que dans le péritoine ; d'où les accidents péritonéaux.

OBSERVATION IX. — VIOLET

Observation inédite due à l'obligeance de M. Violet
(Service de M. le professeur Pollosson).

Dysménorrhée congénitale n'ayant pas cédé à deux accouchements et liée à l'existence d'un utérus rudimentaire (corne droite), ne communiquant pas avec l'utérus sain (corne gauche), complètement développé. — Hémi-hystérectomie ; ablation de l'utérus rudimentaire et des annexes du même côté ; conservation de l'utérus gauche et de ses annexes.

Mme V..., de Sathonay, vient consulter M. Violet le 6 septembre 1911.

Elle a trente ans, mariée depuis dix ans; elle a eu deux enfants, le premier, il y a neuf ans, le second il y a sept ans. Pas de fausse couche.

Aucun antécédent personnel avant la puberté.

La dysménorrhée s'installe avec l'établissement des règles; douleurs très vives surtout durant les deux premiers jours, obligeant la malade à s'aliter.

Ce sont des douleurs, dit-elle, « à crier » et que rien ne soulage. Elles s'accompagnent même de vomissements et pendant toute leur durée la malade ne peut s'alimenter. Pas de stigmates de nervosisme. Dans l'intervalle des règles, cette femme, de constitution robuste, fournit un travail assez régulier et fort pénible (cultivatrice).

Cette dysménorrhée s'était même aggravée depuis le mariage et les deux accouchements ne l'avaient pas fait cesser.

Examen clinique. — Le palper abdominal n'indique rien; le ventre est plat; on ne sent pas de tumeur.

Au toucher et palper combinés on sent une masse du volume d'un œuf, qui est située à droite de l'utérus, et qui en est séparée, semble-t-il, par une échancrure; toutefois on peut affirmer par l'examen l'existence d'un utérus normal dont le fond est dévié à gauche; l'impulsion produite à ce niveau se transmet manifestement au col. Une partie de la masse droite, celle qui avoisine l'utérus, est de consistance assez ferme et paraît se continuer avec l'utérus, c'est-à-dire que les mouvements imprimés à l'utérus entraînent cette masse.

Diagnostic clinique. — Il est hésitant sur une tumeur congénitale des annexes (kyste dermoïde), mais l'histoire clinique (dysménorrhée, douleurs pendant et non avant les règles) ne cadre pas avec cette hypothèse.

La deuxième hypothèse qui vient à l'esprit est un myome du ligament large, ou un adénomyome de la trompe.

Comme troisième hypothèse, on envisage le cas d'une malformation utérine, mais sans en préciser les caractères, tout au plus à cause de l'échancrure constatée avait-on songé à un utérus bicorne.

Intervention le 12 septembre 1911 (M. Violet). Laparotomie (Pfannensthiel).

Dès l'ouverture de l'abdomen on constate l'existence d'un utérus bicorne avec une échancrure médiane très accusée; en effet, le ligament rond, droit, au lieu d'aller s'insérer sur le fond utérin, s'insère sur le bord externe de la masse droite qui, au point de vue clinique, était la masse anormale.

Devant cette constatation, on se demande si chacune de ces cornes communique avec un canal cervical (utérus didelphe), ou bien si elles vont s'aboucher dans un canal cervical unique et, dans cette hypothèse, quelles sont les connexions de chacune de ces cornes avec le col.

Bien vite on s'aperçoit que la corne droite est très mobile, et n'entraîne pas le col; d'autre part, en introduisant la main au fond du Douglas on constate que le canal cervical se continue très nettement avec l'orifice gauche. D'ailleurs les annexes gauches sont saines, tandis que les annexes droites plongent dans une gangue d'adhérences avec des loges de péritonite remplies de sang noir. En dégageant ces annexes, il s'écoule la valeur d'une cuillerée à soupe d'un sang un peu analogue à du goudron. L'ovaire présente quelques petits hématomes intrakystiques, la trompe partant de cette masse anormale droite n'a que 2 centimètres de longueur, son pavillon est ouvert.

On décide alors l'ablation de cette moitié d'utérus avec les annexes correspondantes.

On trace une collerette péritonéale sur la corne malade; on dissèque cette collerette jusqu'au sillon des deux muscles utérins; section aux ciseaux en tâchant de suivre autant que possible le sillon, et on sectionne ainsi jusqu'au niveau de l'isthme. Au cours de cette hémisection l'utérine droite est coupée, et liée.

Dès lors la masse est mobilisable en entier, et il suffit de faire l'ablation des annexes et de sectionner le ligament rond.

La brèche utérine est suturée par quatre points au catgut, et on utilise la collerette péritonéale pour tout péritoniser.

Suites simples; la malade est partie vers le quinzième jour.

EXAMEN DES PIÈCES. — La petite tumeur enlevée est du volume d'une grosse noix. A son centre existe une cavité tapissée d'une muqueuse, qui contenait une cuillerée à café de sang fluide. Cette cavité communique avec la trompe par une portion interstitielle longue d'1 centimètre, égale à l'épaisseur de la paroi; à ce niveau la trompe est rétrécie, puis s'élargit de nouveau jusqu'au pavillon libre situé à 2 centimètres plus loin.

Il est à croire qu'il s'agit d'un utérus rudimentaire borgne interne et que le sang menstruel de cet utérus ne pouvait s'écouler que du côté de la trompe et dans le péritoine.

La paroi musculaire de cet utérus était notablement hypertrophiée.

OBSERVATION X. — ROSSA

(Obs. 36 de la th. de Gross)

Utérus bicorne avec corne rudimentaire pédiculée à gauche et volumineux hématosalpinx. — Hémihystérectomie avec ablation de l'hématosalpinx. — Guérison.

Femme de vingt-neuf ans, réglée pour la première fois à quatorze ans; à partir de dix-sept ans, avec douleurs qui augmentaient depuis un an au point de devenir très vives.

Une grossesse et une fausse couche de sept mois.

A l'exploration, tumeur abdominale s'élevant jusqu'à l'ombilic et incliné à gauche, séparée par un sillon de l'utérus de volume normal antéfléchi et refoulé à droite.

Laparotomie. Ponction de la tumeur. Ecoulement d'une matière épaisse, couleur chocolat. Au niveau de l'orifice interne, se détache à gauche un cordon arrondi de 0,01 d'épaisseur qui, à une distance de 0,02, aboutit à un corps allongé ovoïde de 0,08 de longueur sur 0,06 de large, réuni par des adhérences péritonitiques à la face antérieure de la tumeur qui plongeait dans le petit bassin. A la partie supérieure de cette corne accessoire atrésée, se détachait la trompe gauche, qui se transformait

bientôt en un énorme hématosalpinx, en partie sphacélé. Absence de l'ovaire gauche.

Extirpation de l'hématosalpinx et de la corne utérine. Guérison.

OBSERVATION XI. — LAMBRET

(Obs. 43 de la th. de Gross)

Utérus bicorne avec corne droite rudimentaire pédiculée et distante, prise pour un hématome de l'ovaire. — Hémihystérectomie. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, entrée le 26 octobre dans le service de M. le professeur Follet, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille.

La malade est bien réglée depuis l'âge de quinze ans, ne perd pas en blanc, sauf dans les jours qui précèdent les règles. Elle a fait une perte il y a trois ans et se plaint de douleurs dans le bas-ventre à la fin et plus encore immédiatement après les règles.

Ces douleurs sont particulièrement vives depuis cinq mois. A l'examen, on trouve un utérus à peu près sain et parfaitement mobile, mais dans le cul-de-sac latéral droit on délimite par la palpation bimanuelle une tumeur du volume d'une grosse noix, fluctuante, douloureuse à la pression, adhérente; à gauche on ne sent rien, mais en un point on éveille une certaine douleur, probablement au niveau de l'ovaire. Diagnostic : annexite droite avec réserve sur l'état des annexes du côté gauche.

Intervention par l'abdomen, avec l'intention d'enlever les annexes du côté droit qui paraissaient trop malades pour être conservées et d'examiner les annexes du côté gauche sur lesquelles on se propose de faire un traitement conservateur : résection partielle, ignipuncture de l'ovaire, voire même résection de la trompe, opération qui laisse à la femme sa fonction et son sexe, en même temps que l'espoir d'une grossesse dans l'avenir.

Incision sus-pubienne dans la position de Trendelenburg,

juste suffisante pour laisser passer la main, qui est introduite dans le petit bassin. On trouve rapidement l'utérus, et immédiatement à sa droite la tumeur prévue, qu'à sa consistance on pense devoir être l'ovaire adhérent. On détache ses adhérences, assez solides, et on amène dans l'angle inférieur de la plaie une masse rougeâtre lisse saignant légèrement au niveau des adhérences déchirées, et l'on s'étonne alors de l'aspect normal que présente cet ovaire, dépourvu des cicatrices de l'ovulation. Serait-ce un ovaire qui n'aurait jamais fonctionné, ou atteint de fibrome? Serait-ce autre chose que l'ovaire? Pour s'en assurer, on le laisse rentrer dans le ventre et la main part à nouveau contrôler sa position dans le bassin. On retrouve l'utérus, puis la masse annexielle, et on ne conserve plus de doute, c'est bien l'ovaire. On le ramène à nouveau au jour, et au bistouri on pratique une section médiane de sa substance; on rencontre un tissu dur, grisâtre, puis une cavité remplie de sang noir et diffuant, avec une paroi fongueuse. On enlève cette poche par une section cunéiforme dont on suture ensuite les lèvres. Quelle n'est pas la stupéfaction quand, au cours d'une manœuvre, on aperçoit, à 5 bons centimètres au dehors de ce que l'on croyait être l'ovaire, une petite masse grise et chagrinée, qui est, à n'en pas douter, le véritable ovaire très atrophié. Pendant quelques instants, l'embarras fut grand, jusqu'à ce que l'hypothèse d'une malformation utérine ait été soupçonnée. Pour la vérifier, on agrandit l'incision abdominale, et l'on peut ainsi se rendre compte *de visu* que l'utérus, bien que de volume normal, ne possédait que la corne gauche.

En examinant minutieusement la tumeur, dont on avait réséqué une partie, on vit qu'elle se continuait au dehors par un cordon à peine marqué sous le revêtement péritonéal du ligament large; ce cordon, trompe rudimentaire, se dirigeait vers l'ovaire peu développé; en dedans, on retrouvait ce cordon mince qui s'implantait à la partie moyenne du bord droit de l'utérus. L'opération se termina par l'ablation complète des organes rudimentaires du côté droit, et par l'ignipuncture de l'ovaire gauche légèrement kystique.

OBSERVATION XII. — CARL VON PAUER

Utérus bicorne avec corne gauche rudimentaire pédiculée hématométrique, avec gros hématosalpinx. — Extirpation de l'hématosalpinx et de l'« uterus separatus ». — Guérison.

Jeune fille de dix-huit ans, réglée depuis un an, toutes les quatre semaines durant neuf à dix jours; règles douloureuses avec coliques siégeant dans la moitié gauche du ventre, l'obligeant à marcher courbée et à garder le lit pendant la menstruation. Au début, les douleurs n'étaient perçues qu'au moment des règles; après six mois, elles persistèrent aussi durant la période intermenstruelle, bien qu'avec un peu moins d'intensité. Il y a deux mois, la malade a remarqué une grosseur dans l'hypogastre gauche.

Au toucher vaginal combiné au palper, on sent un utérus de volume normal, placé vers la droite; immédiatement à côté de lui et en connexion intime avec lui, on sent une tumeur plus ou moins élastique, présentant des dépressions à sa surface, facile à délimiter, assez mobile, non douloureuse, dont le pôle inférieur atteint le cul-de-sac. Le côté extérieur de la tumeur paraît fixé à la paroi pelvienne, le volume de la tumeur égale celui d'un gros poing.

Diagnostic. — Tumeur annexielle.

Opération. — Après incision abdominale, on découvre une tumeur rénitente et fluctuante que l'on reconnaît être une trompe fortement distendue. La tumeur est recourbée en fer à cheval de gauche à droite, puis de nouveau à gauche; sa convexité est tournée vers l'utérus, auquel des adhérences superficielles la fixent; elles entourent l'ovaire gauche. A un examen plus attentif, on vit que la tumeur salpingienne ne partait pas de l'utérus, et, de plus, qu'elle n'avait pas d'annexes gauches, mais qu'elle s'abouchait, à gauche, à un corps ayant la forme et le volume d'un œuf de poule, un utérus gauche, et que

l'abouchement se faisait au milieu du fond et non à gauche, au-dessous du fond.

Comme on devait s'y attendre, à ce niveau la trompe était coudée. Les annexes de l'utérus rudimentaire correspondaient aux annexes gauches et se trouvaient néanmoins du côté droit. La trompe devait être primitivement située à gauche; s'étant coudée au niveau de l'isthme, elle s'était ultérieurement inclinée vers la droite. On enleva d'abord la tumeur salpingienne avec l'ovaire qu'elle contournait, puis en examinant l'utérus gauche, on vit que cet organe n'était relié à la paroi vaginale que par un cordon cellulaire de l'épaisseur du petit doigt. On lia et sectionna ce cordon, après quoi l'énucléation se fit facilement. Le pôle inférieur de la tumeur, que l'on avait senti par le toucher vaginal, était l'utérus gauche rudimentaire. L'utérus droit et les annexes du même côté furent laissés en place.

A noter que, dans l'épaisseur du grand épiploon, se trouvait une tumeur du volume d'un poing d'enfant, de l'extrémité supérieure de laquelle partait un cordon se dirigeant vers la région splénique. On extirpa cette tumeur, qui fut reconnue être une rate supplémentaire.

Suites opératoires simples. — Dix jours après l'opération, les règles survinrent sans aucune douleur ni aucun malaise; le vingtième jour, l'opérée quitta l'hôpital.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un hémato-salpinx et d'une hématométrie développés dans un second utérus supplémentaire sans col, ni orifice. Cet utérus mesurait 8 centimètres de longueur sur 5 de largeur. La cavité, de 5 centimètres de long, était partout recouverte de muqueuse. Les parois étaient bien développées, constituées par une couche musculaire d'un $1/2$ centimètre.

L'examen au microscope a relevé que la muqueuse était dans un état d'atrophie et que l'atrésie du col était d'origine congénitale.

OBSERVATION XIII. — CALMANN

(Obs. 40 de la thèse de Gross)

Un cas d'hématométrie dans une corne rudimentaire.

Première laparotomie : Marsupialisation de la poche hématométrique. — Persistance des douleurs. — Deuxième laparotomie : Hémihystérectomie. — Guérison.

Anna W..., vingt-deux ans, non mariée, ni enfant, ni fausse couche. Réglée à dix-sept ans, toujours irrégulièrement, avec des intervalles de six à huit semaines, abondamment et avec beaucoup de douleurs. Il y a trois ans, suppression des règles toute une année à la suite d'une violente émotion. Jamais de pendant leucorrhée.

En juin 1893, douleurs violentes dans le bas-ventre, apparues sans causes et disparues de même. Depuis deux à trois mois, développement progressif d'une tumeur dans la partie droite du bas-ventre. Depuis huit jours, réapparition des douleurs abdominales, inappétence complète, insomnie, constipation.

Etat actuel : Femme petite et délicate de santé, cyphoscoliose rachitique prononcée. Abdomen légèrement élevé; sensibilité à la pression dans l'hypogastre droit. Parties génitales externes peu développées; hymen intact, résistant, ne permet pas l'exploration vaginale.

Leucorrhée peu abondante. Par le toucher rectal, on atteint facilement le col évasé et l'utérus atrophié, rétroversé, refoulé vers la gauche. A droite de l'utérus, tumeur résistante, élastique, du volume du poing, s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne, et légèrement mobile, reliée au bord de l'utérus par un cordon de l'épaisseur du petit doigt. A son bord supérieur, on sent nettement une proéminence du volume d'une noix. On ne sent pas les annexes gauches.

Laparotomie le 15 décembre 1893, qui fait découvrir un *utérus unicorne avec corne rudimentaire droite*, dans laquelle

le sang menstruel est retenu. La tumeur reconnue à l'examen de la malade est la corne droite dilatée. Elle est peu mobile, résistante, sans pédicule cervical. Les annexes correspondantes sont tuméfiées, altérées, fixées. On les isole avec peine et on les enlève.

La trompe est atrésiée, incurvée, présente un renflement sacciforme; son extrémité interne est peu modifiée. La corne utérine gauche est notablement plus petite, en forme de boudin, mobile profondément placée; trompe avec pavillon perméable. Ovaire gauche normal, plutôt petit, mobile. On fixe la corne droite à la paroi abdominale.

Suites simples; les douleurs ont complètement disparu.

Trois semaines après, on sent parfaitement la corne utérine droite fixée à la paroi abdominale, placée latéralement, peu mobile et nulle part douloureuse. Léger écoulement sanguin (menstruation?). Depuis huit jours, vague sensation de douleur et de pression dans le bas-ventre.

23 février. — Menstruation accompagnée de très fortes douleurs et durant quatre jours. Depuis, règles plus fortes que d'habitude, douleurs continuelles commençant à 11 heures du matin pour ne disparaître que dans la nuit.

Depuis quinze jours, leucorrhée de moyenne intensité. Appétit diminué par suite des souffrances. Miction normale, point de constipation.

En raison de la persistance des douleurs, le 14 mars, deuxième laparotomie avec l'intention de faire l'ablation de la corne utérine rudimentaire dilatée. Incision de l'ancienne cicatrice; on trouve la corne au-dessus de la symphyse et fixée par une adhérence d'1 centimètre de large à la paroi abdominale antérieure. La tumeur est soulevée par le vagin; libération de la vessie; ligature du ligament large droit, des vaisseaux. Paramétrium résistant et court. Enucléation de la tumeur. Hémorragie parenchymateuse abondante. Hémostase. Drainage avec un drain et de la gaze par le vagin, que l'on fait communiquer avec la plaie opératoire. Réunion des parois. Suites bénignes.

OBSERVATION XIV. — WERTH

(Obs. 35 de la thèse de Gross)

Hématométrie dans la moitié droite rudimentaire d'un utérus biloculaire. — Hémihystérectomie par résection cunéiforme de la moitié hématométrique. — Guérison.

Jeune fille de vingt et un ans, toujours bien réglée jusqu'alors, assez abondamment; ses règles duraient huit jours et étaient accompagnées, dès le début, de douleurs irradiées vers les fesses et le sacrum, douleurs qui apparaissaient un peu avant les règles et se prolongeaient quelques jours après. Depuis le mois de janvier précédent, crises douloureuses se localisant surtout dans le flanc gauche et s'irradiant vers la cuisse, augmentant, après une fatigue pendant la nuit et beaucoup plus violentes que les douleurs dysménorrhéiques habituelles. Elles apparaissent parfois pendant les périodes menstruelles, mais, le plus souvent indépendamment de celles-ci, et devinrent si fréquentes que la malade n'avait plus guère que trois jours de répit par mois. Mictions très fréquentes, mais pas de dysurie.

A son entrée à la clinique, l'état général est bon. Sous le chloroforme, on constate, par le toucher vaginal, un col de forme normal, de volume moyen, situé à gauche. L'orifice est ovale, petit; le cul-de-sac latéral droit élargi, celui de gauche plus étroit; le segment inférieur est de longueur et de largeur normales; le corps, un peu augmenté de volume, est en antéversion. Sa moitié droite est normale; sa moitié gauche, occupée par une tumeur dure, ovoïde, qui s'étend en hauteur du fond de l'organe à l'isthme est peu étendue en largeur, faisant un avec le corps utérin. Induration légère du paramètre gauche; les culs-de-sac sont libres. Ovaires et trompes d'apparence normale et en situation normale.

A l'examen au spéculum, peu de mucus clair à l'orifice externe. Aucune modification de la muqueuse. Sur le vagin un

peu de rougeur diffuse. La sonde utérine pénètre à 7 centimètres. Son extrémité s'incline vers le côté droit et ne peut s'incliner vers la gauche en raison de la tumeur. Le palper combiné laisse quelques doutes sur la connexion de la tumeur avec l'utérus, mais par le toucher rectal on acquiert la certitude qu'il s'agit d'une tumeur incluse dans l'épaisseur même de l'utérus. On porte le *diagnostic de rétention dans un utérus double*, sans l'affirmer toutefois.

A la laparotomie, Werth trouve un utérus qui semble de forme normale, mais élargi en son corps. Le fond est régulièrement arrondi. Le nodule dur siège dans l'épaisseur de la moitié gauche de l'utérus, mais sans en modifier la surface. Aucune altération des trompes, ni des ovaires; une petite incision longitudinale faite dans la paroi antérieure de l'utérus traverse d'abord une épaisseur de 5 millimètres de tissu utérin normal, rencontre ensuite un tissu fibreux dense, puis ouvre une petite cavité remplie d'une demi-cuillerée de sang noir, couleur chocolat.

Par une excision cunéiforme, on extirpe la tumeur en plein tissu utérin et on réunit la perte de substance par deux plans de sutures très serrées. Réunion du péritoine par-dessus.

La cavité utérine droite n'a pas été ouverte.

Après l'extirpation de la petite tumeur, l'utérus apparaît avec sa forme et ses dimensions normales. On laisse en place trompes et ovaires qui ne sont pas altérés et on ferme le ventre.

Les suites opératoires furent simples.

La petite tumeur excisée mesure 21 millimètres de long sur 20 millimètres de large. Elle renferme une cavité du volume d'une cerise environ, ouverte en arrière, dont les parois sont constituées par du tissu utérin et qui est tapissée d'une muqueuse présentant tous les caractères de la muqueuse utérine. Le nodule enlevé était enclavé dans la moitié gauche du corps de l'utérus dont la cavité ne fut point ouverte; la cavité de la petite tumeur ne communiquait donc pas avec cette dernière.

OBSERVATION XV. — ZILLENSEN

(Obs. 46 de la th. de Gross)

Utérus bicorne avec corne gauche rudimentaire, hématométrique. — Hémihystérectomie — Guérison.

Femme de quarante-deux ans. Réglée à l'âge de quinze ans pendant un à deux jours seulement. Mariée à vingt-quatre ans. Deux grossesses en 1882 et 1897. Accouchements normaux. Depuis l'âge de vingt-deux ans, fréquentes douleurs dans la partie gauche de l'abdomen, s'irradiant dans la cuisse gauche peu avant et pendant les règles. Entre trente-cinq et trente-huit ans, ces douleurs augmentèrent sans devenir plus fréquentes. Pendant les années 1894 à 1897 la malade n'a pas souffert. Depuis ses couches de 1897, nouvelles souffrances, commençant un à deux jours avant l'époque, diminuant pendant sa durée, mais se prolongeant avec quelques variantes pendant une quinzaine. Pendant les accès douloureux, dysurie concomitante. *Diagnostic* : fibrome utérin, peut-être utérus double.

Au toucher, col à droite de la ligne médiane se dirigeant vers en arrière et en haut, paraissant se continuer avec une tumeur arrondie, dure, de 6 centimètres de diamètre, déprimant le cul-de-sac antérieur et pouvant être mobilisée de bas en haut en entraînant avec elle le col. En continuité directe avec le col, on trouve dans la partie droite du bassin un corps utérin mou.

Dans un deuxième examen on constate que la tumeur dépasse de trois travers de doigt la symphyse et se laisse mobiliser dans le sens transversal sans que le col suive ses mouvements. Malgré cela l'utérus et la tumeur étaient en connexion directe; orifice à la hauteur de la ligne interépineuse, largement ouvert.

Laparotomie le 3 novembre 1898. — La tumeur est soulevée et extraite de l'abdomen; elle tient à l'angle gauche de l'utérus : le ligament rond et la trompe s'en détachent; on ligature et sectionne le ligament gauche; et par une excision cunéiforme on détache le large point d'insertion de la tumeur sur l'utérus; suture en étages de la base d'implantation.

Le kyste hématométrique mesure 6 cm. 5 de diamètre, ses parois ont 1 cm. 5 d'épaisseur; il contient un sang brun noirâtre analogue à du goudron. La muqueuse est mince et ne montre que de rares organes glandulaires; l'épithélium cylindrique n'est conservé que par places.

Les suites opératoires sont favorables. Les règles reviennent et ne sont plus douloureuses. Guérison.

OBSERVATION XVI. — GROSS

Utérus bicorne à cot unique. — Hématométrie dans une corne utérine accessoire rudimentaire. — Enucléation après laparotomie. — Guérison.

M^{me} D..., trente-neuf ans, couturière, entre dans le service de M. le professeur Gross, salle VIII, lit 2, le 4 décembre 1902. La malade a été réglée à treize ans, régulièrement jusqu'à l'âge de seize ans. A partir de cette époque, les règles deviennent irrégulières et douloureuses; tous les deux ou trois mois, les douleurs sont intolérables; ressenties surtout dans le bas-ventre, elles s'irradient dans les reins et sont accompagnées de malaises, de nausées, de vomissements. A dix-neuf ans, la malade se maria. Elle eut trois grossesses normales. Pendant la durée de ces grossesses, elle ne souffrait plus. Les trois accouchements se firent à terme et normalement. Pas de déchirure périnéale. Dans l'intervalle des grossesses l'état douloureux réapparaît avec, de temps à autre, un malaise général et des vomissements. Les crises douloureuses, sans accompagner chaque époque, sont cependant fréquentes; elles se montrent toutes les deux ou trois périodes environ. L'écoulement sanguin n'a jamais été très abondant, et les périodes douloureuses ne s'accompagnaient pas d'un écoulement plus notable. Les crises douloureuses deviennent de plus en plus fortes

Au mois de juin, juillet et novembre 1902, les douleurs furent extrêmement violentes, surtout pendant les deux derniers jours de l'époque. L'intensité des douleurs engagea la malade à aller à l'hôpital.

Examen à son entrée dans le service. — On constate qu'elle est pâle, mais son état général est relativement satisfaisant. A l'inspection, le ventre n'est pas augmenté de volume.

A la palpation profonde, on sent dans la fosse iliaque gauche une petite tumeur dure, mobile, de la grosseur d'une mandarine, très sensible, qui semble être l'ovaire et la trompe augmentés de volume. L'ovaire droit semble également un peu gros. Le toucher vaginal montre le col utérin gros, un peu déchiré, en position antérieure sous la symphyse. Le cul-de-sac antérieur est difficilement atteint. Le cul-de-sac postérieur est, au contraire, facilement accessible; il est occupé vers la gauche par une petite tumeur dure, mobile, se déplaçant avec le col de l'utérus. Par la palpation bimanuelle on reconnaît aisément que la petite tumeur qui occupe le sac postérieur se trouve en réalité dans le cul-de-sac latéral gauche; qu'elle ne fait qu'une avec la tumeur sentie à la palpation abdominale dans la fosse iliaque, et que la masse est mobile avec l'utérus et semble faire corps avec lui.

On porte le diagnostic de salpingo-ovarite gauche légèrement prolabée dans le cul-de-sac postérieur.

OPÉRATION le 22 décembre 1902. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. La malade est mise en position de Trendelenburg. L'utérus est légèrement dévié à droite. Sur son fond, implantée vers la corne gauche, on voit une petite tumeur dure, dont l'aspect est celui d'un petit fibrome. L'ovaire gauche est en arrière et en dehors de la tumeur; il est petit, la trompe ne paraît pas altérée. Une incision est faite sur le péritoine recouvrant la petite tumeur et on se met en devoir de la décortiquer avec précaution pour ne pas ouvrir la cavité utérine. En saisissant la tumeur avec une pince à griffes, on est surpris de voir suinter, le long d'une des branches de la pince, un liquide sanguin noirâtre, ce qui semble indiquer la présence d'une cavité hématique dans son épaisseur. On essuie ce liquide au fur et à mesure qu'il s'écoule, et l'énucléation est poursuivie, puis terminée. La trompe et l'ovaire gauches sont enlevés.

Cela fait, la plaie laissée à l'angle gauche de l'utérus est fermée par un premier plan de suture placé sur le tissu utérin

même ; un deuxième sur la coque de décortication. Toilette péritonéale. Suture de la paroi en deux plans. Agrafes de Michel sur les téguments.

Les suites opératoires furent simples et bénignes.

Au bout de huit jours (29 décembre), premier pansement, réunion par première intention. Secondairement, il se fait une petite fistule à la partie inférieure de la plaie. La malade quitte le service guérie. Nous avons pu avoir des nouvelles de la malade le 1^{er} octobre 1903, soit neuf mois après l'opération. Depuis cette époque, les règles, qui auparavant étaient excessivement douloureuses, sont devenues normales, régulières et sans douleurs. L'état général de la malade est excellent et elle semble être définitivement guérie.

Examen anatomopathologique. — La petite tumeur enlevée présente les dimensions d'une grosse noix verte. Sur son extrémité interne on reconnaît un petit orifice par lequel un stylet pénètre dans l'épaisseur de la tumeur. En incisant le long du stylet, on ouvre une petite cavité occupant son centre et renfermant un peu de liquide sanguin noir. L'épaisse paroi de la cavité est constituée par un tissu d'aspect analogue au tissu utérin dur, résistant, criant sous le scalpel. La petite cavité, des dimensions d'une grosse noisette environ, est tapissée d'un revêtement présentant l'aspect d'une muqueuse épaissie.

L'examen histologique montre que le tissu de la tumeur a une structure identique à celle du tissu utérin et que la cavité qu'elle présente est tapissée d'une couche d'épithélium cylindrique avec glandes en tubes pénétrant dans le tissu musculaire. Le liquide contenu dans la cavité est du sang altéré.

L'examen histologique démontre, en somme, qu'il s'agit d'une *corne utérine accessoire* et d'une *hématométrie latérale*. La malformation utérine que portait la malade était un *utérus bicorne à col unique, avec corne utérine gauche rudimentaire*. Consécutivement, il s'était produit une *hématométrie latérale*.

OBSERVATION XVII. — HALBAN

Utérus unicorne avec corne rudimentaire. — Menstruation normale de l'utérus normal; hématomètre dans la corne rudimentaire. — Hématome dans l'ovaire gauche et dans le ligament rond droit. — Ablation de la corne rudimentaire.

M. H..., tisseuse, âgée de quarante-six ans, est reçue à la clinique le 4 octobre 1902.

Antécédents. — Bonne santé jusqu'à l'âge de dix-sept ans; à ce moment commencèrent les douleurs qui persistent encore actuellement. Bientôt après l'établissement de la menstruation apparaissent des maux de tête, des douleurs abdominales s'accompagnant de vomissements. Cet état pénible durait pendant les huit jours de la menstruation et se prolongeait ensuite pendant quelques jours. Les règles, irrégulières au début, se régularisèrent, survenant toutes les quatre semaines.

Pendant plusieurs années, cette malade remarqua une tuméfaction dans la moitié droite du bas-ventre. Cette tuméfaction augmentait pendant le temps des règles pour diminuer à leur déclin; depuis deux mois elle a grossi énormément.

Pertes blanches depuis longtemps. Aucune grossesse.

Etat à son entrée. — La malade est de taille moyenne, plutôt mignonne, mais grasse.

Cœur et poumons normaux.

Seins peu développés.

Au palper de l'abdomen, on ne sent aucune tumeur appréciable; assez vive sensibilité dans le côté droit du bas-ventre.

L'utérus est en antéversion, de volume normal, un peu mobile. Un double cordon s'étend de chaque côté du col à la paroi du bassin. A droite de l'utérus, une tumeur pédiculée, du volume d'un œuf de dinde, aux contours arrondis, de consistance dure et un peu sensible; de cette tumeur part un cordon de la grosseur d'un crayon, qui gagne le bord droit de l'utérus. Ce

cordon suit à peu près la situation du ligament rond, il se tend quand on refoule la tumeur en dehors. De la base de la tumeur part un autre cordon qui se dirige dans la direction du canal inguinal, et qui est facile à sentir; il est de même volume que le précédent et quelque peu sensible; il aboutit dans le canal inguinal à un épaississement qui a le volume d'une gressenoisette. Cette tuméfaction pointe en dehors de l'orifice externe du canal inguinal, au-dessus de la branche horizontale du pubis, non loin de l'épine. Les ovaires se laissent percevoir des deux côtés, l'ovaire droit siégeant un peu au-dessus du détroit supérieur, et le gauche un peu plus bas; ce dernier est trois fois plus gros et élastique.

D'après cet examen, on pense tout d'abord à une tumeur du ligament rond; on avait aussi pensé à une hématométrie dans une corne rudimentaire à cause des douleurs menstruelles intenses, de la sensibilité et de l'augmentation de volume de cette tumeur (Léopold) et aussi à cause de ce fait reconnu de la coïncidence fréquente d'une corne rudimentaire et d'une tumeur du ligament rond (Hehrer).

A cause de la possibilité d'un utérus unicorne, on fit la cystoscopie pour voir s'il n'y avait pas absence d'un uretère. Or les deux méats urétéraux étaient normaux avec des éjaculations régulières.

A cause des douleurs on décide l'opération.

Intervention le 10 octobre 1902. — Pour enlever la tumeur du ligament rond, je fis une incision cruciale suprasymphysaire (Küstner).

Après l'ouverture de la cavité abdominale, l'utérus fut attiré, et on voit que la tumeur appendue à son côté droit est reliée par un large pédicule musculaire à 2 centimètres environ au-dessous du fond utérin. Du pôle opposé de la tumeur s'échappe un mince cordon qui n'est autre que le ligament rond enveloppé d'un peu d'épiploon. A la corne gauche sont appendues des annexes normales. De la corne rudimentaire droite partent une trompe grêle et courte et un ovaire moins développé que l'autre.

Il s'agit d'un utérus unicorne avec corne droite rudimentaire.

distendue par un petit hématomètre. Comme la corne gauche de l'utérus pouvait être considérée comme fonctionnant du fait de sa menstruation normale, je me décidai à l'extirpation de la corne rudimentaire.

Section entre une double ligature du tractus et du cordon musculaire qui part de la corne gauche; énucléation de la tumeur du ligament large sans ablation des annexes de ce côté. Suture des deux feuillets du ligament large. L'ovaire gauche présente un petit hématome que l'on vide de son contenu.

Fermeture de la paroi abdominale à trois plans. La partie droite et horizontale de l'incision cutanée permet de disséquer la tumeur du canal inguinal; elle éclate pendant cette dissection laissant échapper un peu de sérosité épaisse et brunâtre, on fait cependant l'extirpation de la poche. Suture.

Guérison complète. Réunion *per primam*. Au quatorzième jour, la malade part bien rétablie.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée est une corne rudimentaire, creusée d'une cavité qui a les dimensions d'un dé, tapissée d'une muqueuse et remplie de sang noir et épais. La paroi de la poche est épaisse, hypertrophiée, présentant quelques noyaux fibromateux.

L'examen histologique montre que l'épithélium superficiel normal à certains endroits, manque dans d'autres.

Le cordon réunissant les deux cornes était imperforé; il présente aussi de petits noyaux fibromateux du volume d'un pois. La tumeur trouvée dans le canal inguinal est manifestement un hématome du ligament rond.

OBSERVATION XVIII. — GRONOWSKI

(*Inaugural dissertation*, Munich, 1908).

Hématomètre et hématosalpinx dans un utérus bicorne. — Hémihystérectomie. — Guérison.

Anna B..., âgée de seize ans, reçue à l'hôpital le 30 octobre 1907.

Antécédents. — Parents, frères, sœurs bien portants. Personnel-

lement n'a jamais été malade. Début des règles *fin mai 1907* ; elles sont irrégulières, durent huit jours, et particulièrement abondantes les dernières fois.

La maladie actuelle commença avec l'installation des premières règles. Après quelques jours survint une amélioration, mais les douleurs revinrent avec la période suivante et leur intensité s'accrut.

A un premier examen le docteur consulté ne trouva rien de spécial du côté gauche ; quelque temps plus tard il perçoit à gauche de l'utérus une tumeur de la grosseur d'une orange dont il ne peut reconnaître ni le point de départ, ni les connexions.

A un dernier examen, quelques jours avant l'entrée de la malade à la clinique, il trouve une tumeur très augmentée de volume, rénitente, fluctuante, et s'abaissant jusqu'au col utérin.

En l'absence des douleurs, la malade avait peu d'appétit ; ordinairement, de la constipation. Les douleurs étaient calmées par des suppositoires de cocaïne ou de morphine. Jamais de fièvre. Urines sans albumine, mais très concentrées.

Etat actuel. — Jeune fille petite, à peine développée, d'aspect pâle ; seins à peine formés ; poumons normaux ; l'examen somatique ne révèle rien de particulier.

Organes génitaux externes normaux ; le col utérin est en position médiane, son orifice externe est fermé ; le corps utérin, petit, épais, est incliné à droite. A gauche de l'utérus, on sent une tumeur qui a la forme d'un boudin et qui pointe dans le Douglas. Les annexes droites ne sont pas senties. A gauche, on trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant.

Urines sans sucre ni albumine.

Diagnostic clinique : utérus bicorne avec hématomètre et hémato-salpinx.

31 octobre. — La malade se plaint dans le bas-ventre à gauche, de très violentes douleurs qui sont calmées par la morphine.

5 novembre. — Intervention par le Dr Döderlein.

Laparotomie. — Incision de Pfannenstiel. A l'ouverture de la cavité abdominale on y trouve du sang épanché ; à droite, se trouve une petite corne utérine ; à gauche, une tumeur de la

grosseur d'une grenade; cette tumeur est constituée par la corne utérine gauche remplie de sang. Au-dessus d'elle siège une deuxième tumeur de coloration bleuâtre, grosse comme un poing, elle constitue un hématosalpinx gauche. Après décollement de la vessie, on fait l'ablation de ces deux tumeurs. Péritonisation des surfaces dénudées. Pas de drainage.

Examen des pièces. — La moitié de l'utérus enlevée a 9 centimètres de long, 5 de large; elle possède une cavité de 5 centimètres de longueur, partout recouverte de muqueuse. Les parois de ce corps utérin sont très épaisses; l'épaisseur de la couche musculaire est au minimum d'un centimètre et demi. La muqueuse utérine, examinée histologiquement sembla légèrement atrophiée. L'hématosalpinx gauche n'offrait rien de particulier et occupait toute la trompe. L'ovaire gauche était normal.

Suites opératoires. — Simples, toutefois il fallut sonder la malade le premier jour.

Réunion de la plaie *per primam*.

Guérison.

OBSERVATION XIX. — LOEHLEIN

(Obs. 33, de la thèse de Gross)

Utérus didelphe. — Hématomètre et hématosalpinx droits. — Double opération, première intervention abdominale : hémihystérectomie avec ablation du corps utérin droit et de l'hématosalpinx concomitant; deuxième intervention vaginale : incision d'une poche hématique formée aux dépens de la cavité cervicale droite. — Guérison.

Ch. D..., dix-huit ans, entre, le 27 mai 1894, à la clinique du Dr Machenauer à cause d'accidents accompagnant un hématosalpinx. Dit avoir marché seulement à trois ans, avoir été réglée à seize ans, au début, sans douleurs, assez régulièrement jusqu'à il y a un an. Depuis cette époque, crises douloureuses dans le

bas-ventre, surtout le deuxième et le troisième jour de l'époque menstruelle; en même temps, vomissements, maux de tête, manifestations fébriles, constipation. Dans le cours de l'année dernière, le ventre augmenta progressivement de volume.

Etat actuel. — De taille au-dessous de la moyenne, blonde, la malade présente un aspect florissant, elle est large des hanches. On constate chez elle une tumeur d'apparence kystique, rénitente, qui émerge du bassin et monte jusqu'à l'ombilic. L'utérus semble porté en masse vers la gauche: il est allongé (8 cm. $\frac{3}{4}$ de cavité) et légèrement recourbé de côté, avec concavité tournée vers la gauche, réuni par un cordon de la largeur du pouce à des masses résistantes voisines.

Celles-ci se confondent avec la tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui est perçue par le palper abdominal, puis avec une autre tumeur en forme de boudin, placée à droite du col utérin et descendant jusqu'à mi-hauteur du vagin, dans le tissu ambiant. La tumeur semble constituée par une paroi épaisse et contient du liquide; elle se laisse mobiliser isolément vers en haut. L'ovaire gauche, un peu épaissi, est situé sur le bord gauche de l'utérus.

Du 1^{er} au 2 juin, la femme a ses règles avec tous les troubles précédemment décrits: douleurs intenses, vomissements, etc... Le 2 juin, la température monte à 39°4. Puls, 116; le 3 juin, température, 37°8, puis redevient normale. Du 2 au 4 juin, le ventre est sensible à la pression, surtout à droite.

Loehlein porte le diagnostic d'*utérus unicorne*, avec hémato-salpinx droit et probablement hématométrie dans une corne accessoire rudimentaire droite.

9 juin. — Laparotomie. A l'ouverture du ventre il s'écoule un liquide ascitique, rouge jaunâtre, en moyenne abondance. On trouve la trompe droite de la grosseur d'une tête d'enfant dilatée par du sang ressemblant à de la suie, qui suinte par les nombreux points où les adhérences ont été détruites. Des adhérences unissaient la surface de la poche à l'appendice iléo-cæcal et surtout à quelques anses intestinales. Après avoir lié et excisé la trompe droite et une partie notable du ligament large, droit, épaissi, on

constate que la partie interne de la trompe n'était, elle, pas dilatée, sur une longueur de 6 centimètres environ et conduisait à un corps utérin à parois épaisses, modérément distendues par du liquide et situé à droite d'un utérus d'aspect relativement normal. Ce corps utérin supplémentaire fut isolé tant bien que mal de ses adhérences nombreuses, les unes lâches, les autres serrées; la libération ne put être poursuivie sans danger, vers le plancher pelvien où l'on constata un prolongement sacciforme, à parois épaisses. L'on ne put juger s'il s'agissait du col utérin dilaté ou d'un hémato-colpos latéral partiel, car la tumeur était tellement enclavée que son énucléation fut impossible. Lochlein se contenta alors de faire l'ablation du corps utérin droit, réservant pour plus tard l'ouverture de ce qui restait de la poche par le vagin. Donc après avoir placé une ligature élastique sur la base de la tumeur, il pratique l'amputation du corps utérin droit, qui se trouve rempli de 3 ou 4 cuillerées à café de sang noirâtre et dont la paroi mesure une épaisseur d'un centimètre et demi.

Le moignon est fermé par deux étages de sutures, les unes au catgut, les autres à la soie. On draine pendant quelques jours avec une lanière de gaze iodoformée. Avant de fermer le ventre, l'opérateur vérifie ses constatations antérieures concernant l'utérus gauche dont le fond apparaît repoussé à gauche et en arrière. Cet utérus est un peu plus allongé que le droit; ses parois semblent aussi épaisses. A gauche, profondément situé dans la cavité pelvienne se trouve l'ovaire gauche très développé.

Les suites opératoires furent favorables; pendant deux jours la température fut de 38°4; elle s'élève de nouveau le sixième et le septième jour (37°8 et 37°4), avec un peu de sensibilité de la région iliaque droite.

Après avoir attendu en vain les règles pendant les premiers jours de juillet, le 5 juillet, intervention vaginale. On cherche par le vagin le pôle inférieur de l'utérus droit qui apparaît diminué de volume et durci dans la partie supérieure.

Après incision transversale de la paroi vaginale, la sonde pénètre à droite et en arrière à 7 cm. 3 de profondeur; au mo-

ment où on la retire, une compression pratiquée sur le moignon utérin en exprime une matière muqueuse épaisse, visqueuse, en quantité à peu près égale à celle du sang qui a rempli autrefois le corps utérin correspondant. On ferme l'incision vaginale par une suture au catgut. La malade sort le 15 juillet.

On la revoit le 8 août. Elle dit avoir eu ses règles trois jours, après sa sortie, sans douleurs, pendant trois jours. Le segment inférieur gauche de l'utérus est presque sur la ligne médiane, le corps gauche encore un peu incurvé sur la gauche.

A environ 1 centimètre de la cicatrice de l'incision vaginale, on sent le segment inférieur droit ; ce qui reste de l'utérus droit apparaît partout également dur. Du bord supéro-externe du moignon de l'utérus droit, part une bride cicatricielle de l'épaisseur d'un crayon, qui se dirige vers l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le moignon droit est mobile, le doigt introduit dans le vagin le déplace facilement vers en haut et à droite.

OBSERVATION XX. — KÜSTNER

(Obs. 38 de la th. de Gross)

Utérus didelphe avec atrésie de la corne gauche et hématométrie volumineuse. — Deux ponctions vaginales sans résultats. — Laparotomie. — Enucléation de la tumeur hématométrique formant un utérus gauche complet.

A. K..., seize ans. Toujours bien portante comme enfant.

Dans sa famille jamais de malformations des organes génitaux. Elle consulte pour des douleurs dans le ventre et un ténesme rectal. Hémorroïdes traitées par la cautérisation et guéries en quinze jours. Quatre semaines plus tard les douleurs hémorroïdaires reprennent. Traitement purement médical.

Réapparition des douleurs quatre semaines plus tard encore.

Organes génitaux externes normaux. L'exploration rectale fait reconnaître dans la direction du vagin une tumeur de la con-

sistance et du volume d'un utérus gravide de trois mois. L'étroitesse de l'entrée du vagin rend difficile l'exploration par cette voie. Après dilatation par des tampons, on peut cependant la pratiquer. L'utérus est trouvé à peu près sphérique, un peu mou.

Le col proémine dans le vagin, sous forme d'un petit appendice mou, court, arrondi.

Son orifice ne se reconnaît qu'indistinctement.

2 octobre 1895. — Douleurs si fortes que la malade demande instamment à être soulagée.

Anesthésie, application d'un spéculum; on fixe le col. Ponction; à travers l'orifice externe, on enfonce exactement sur la ligne médiane un trocart qui ne pénètre qu'à 1 centimètre de profondeur, aucun résultat.

Deuxième ponction, à 8 centimètres de profondeur, sans résultat.

Laparotomie, le 4 octobre 1895, par Küstner. — Position de Trendelenburg. Incision de la ligne blanche presque jusqu'à l'ombilic. Dans le bassin environ une cuillerée de sang liquide.

A droite, un corps utérin presque normal, fortement incliné à droite, avec fond large, nullement conique. Trompes et ovaires sans modifications. A gauche un deuxième utérus présente un corps en forme de sablier notablement plus grand que le droit, présentant un rétrécissement à la hauteur de l'orifice interne du col environ; la partie cervicale paraît plus volumineuse que le corps.

Fluctuation au niveau du col. Par suite des manœuvres faites pour rendre l'organe plus accessible, il s'écoule, par les piqures faites avec la pince de traction, un sang épais, visqueux. Le corps utérin est alors fendu à sa paroi antérieure, sa cavité se vide et la tumeur devient accessible. Ligature en dehors des ovaires, décollement du péritoine en avant et en arrière de la tumeur, énucléation de la corne après ligature du ligament large.

On reconnaît que la connexion des deux cols utérins est à peine indiquée par un mince faisceau musculaire passant sous le péritoine et réunissant leurs parties inférieures. Fermeture de la

cavité restante par des sutures au catgut, sauf en un point qu'on laisse ouvert. Tamponnement à la Mikulicz. Il s'agissait d'un *utérus double didelphe avec atrésie de la corne gauche et hématométrie*.

Convalescence normale.

En novembre. — Pas encore de menstruation. À gauche, dans le bassin, exsudat du volume du poing résistant sans douleur. Utérus dévié à droite et en avant.

Fin novembre. — Première menstruation, de trois jours de durée sans aucun phénomène particulier. Sécrétion vaginale peu abondante.

Fin décembre. — L'exsudat est résorbé et a disparu.

Menstruation plus abondante que la fois précédente, durant cinq jours. Légère céphalalgie, quelques douleurs lombaires. Utérus mou, mobile. Etat général excellent.

OBSERVATION XXI. — GROSS

(Obs. 1 de la thèse du Gross)

Utérus didelphe. — Hématométrie latérale gauche avec énorme hématosalpinx. — Extirpation difficile de l'hématosalpinx et de l'utérus hématométrique complet. — Guérison.

Louise M..., originaire d'Epinal (Vosges) est une jeune femme de trente ans. Elle entre le 12 décembre 1898, dans le service de M. Gross.

Réglée à quinze ans régulièrement, elle s'est mariée à dix-neuf ans, et a eu trois enfants, dont le dernier seul est vivant, et a aujourd'hui six ans. C'est à cette époque que l'on peut faire remonter le début de la maladie actuelle. Après ce dernier accouchement, la malade fut de nouveau réglée, mais l'écoulement sanguin, au lieu de s'établir d'emblée comme autrefois, ne commençait qu'au bout de deux jours. Pendant ces deux jours, la malade constatait à peine un léger écoulement sanguinolent qui s'accompagnait de douleurs abdominales très vives, loca-

lisées surtout à gauche. Dans le flanc gauche se montrait en même temps une tumeur qui disparaissait ainsi que les douleurs le troisième jour, pour céder la place à l'écoulement sanguin franc. La même symptomatologie se reproduisit à chaque époque menstruelle jusqu'à il y a un an environ. Du mois de février au mois de mai 1898 la menstruation est supprimée en tant qu'écoulement sanguin, mais chaque mois pendant deux ou trois jours, la malade éprouvait des souffrances analogues à celles qui, les mois précédents accompagnaient les règles. En même temps qu'elle éprouvait ces douleurs dans le flanc gauche, elle voyait s'accroître brusquement la tumeur qu'elle y avait constatée. Son état général était mauvais nous dit-elle, quand subitement dans le courant du mois de mai, elle eut une perte de sang extrêmement abondante, après laquelle la tumeur disparut complètement ainsi que les douleurs. Depuis le mois de mai, ces douleurs périodiques mensuelles recommencent et les règles sont à nouveau complètement supprimées. A son entrée à l'Hôpital, la malade bien que maigre présente un état général satisfaisant. A la palpation du ventre on sent dans la région iliaque gauche une tumeur du volume d'une tête de fœtus environ, régulièrement arrondie, lisse, s'étendant vers la ligne médiane, la dépassant légèrement, remontant assez haut dans le flanc, mais qui, au dire de la malade, était plus bas située qu'autrefois. Cette tumeur est mate à la percussion, fixe, dure, légèrement rénitente. Au toucher, le col est à droite, très élevé, un peu déchiré, l'utérus complètement en latéroposition droite. On sent dans le cul-de-sac latéral gauche une tumeur volumineuse, régulièrement hémisphérique, dure, douloureuse, qui ne semble pas être fluctuante. On reconnaît par le toucher bimanuel que cette tumeur et celle perçue par la palpation abdominale ne font qu'une; l'exploration est douloureuse. La tumeur est fixe, on ne peut la mobiliser.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic de tumeur juxta-utérine, adhérente à l'utérus, présentant en somme les caractères d'un fibrome juxta-utérin ou d'une tumeur annexielle. On opine pour cette dernière hypothèse en raison des

douleurs. Cependant, vu les particularités notées par la menstruation et les antécédents, un des assistants pense à l'existence d'un utérus double avec rétention des règles dans la cavité utérine gauche.

L'intervention opératoire est décidée et pratiquée le 21 décembre par M. le professeur Gross.

OPÉRATION. — Chloroformisation. Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane. L'épiploon se présente à première vue. On cherche à le récliner, mais il adhère à la face antérieure de la tumeur. On libère ces adhérences. Elles sont très intimes et l'on sectionne une portion notable d'épiploon entre deux ligatures. On tombe alors sur une tumeur lisse, d'aspect rouge, noirâtre, de consistance ferme, mais rénitente, non seulement adhérente à l'épiploon, mais également à une anse de l'intestin grêle. Au moyen d'une compresse, on décolle avec précaution l'intestin. Malgré la plus grande attention, la tumeur se déchire en arrière. La déchirure donne issue à une matière noirâtre, épaisse, qui n'est autre chose qu'une vieille collection hémorragique et qui tend à se répandre dans le ventre, que l'on protège aussitôt le mieux possible avec des compresses aseptiques. On enlève toute la masse sanguine noirâtre qui s'est écoulée, puis on continue à décoller les adhérences, à libérer l'intestin et à isoler la tumeur que l'on reconnaît alors pour un énorme hématosalpinx qui s'est rompu et duquel s'est écoulée la matière noirâtre enlevée à l'aide de compresses. Cela fait-on constate qu'au dessous de cette première tumeur en existe une seconde, plongeant profondément dans le bassin, complètement fixée, adhérente de toute part, paraissant incluse dans le ligament large du côté gauche; puis on reconnaît à côté d'elle sur la droite une troisième tumeur présentant tous les caractères d'un corps utérin de dimension normale. On délaisse momentanément la tumeur annexielle bien affaissée, mais encore adhérente par le côté externe. On l'entoure de compresses pour s'occuper de la tumeur pelvienne qui semble la masse principale et que l'on croit être un fibrome intra-ligamentaire juxta-utérin. La vessie, attirée vers en haut recouvre les deux tiers environ de la face

antérieure de la tumeur et reprend vers la droite ses rapports normaux en avant de l'utérus placé au côté interne de la tumeur. On incise transversalement en avant le feuillet péritonéal qui, de la vessie passe sur la face antérieure de la tumeur. On décolle la vessie fortement étirée vers en haut et on libère la tumeur de ses attaches antérieures en ménageant soigneusement l'utérus. Même manœuvre en arrière vers le cul-de-sac de Douglas. Une fois circonscrite en avant, en arrière, puis en dehors (où les adhérences sont plus fortes et plus vasculaires), on voit que la tumeur tient intimement au bord gauche du corps utérin. Dans l'hypothèse d'un fibrome accolé au côté gauche de l'utérus, et celui-ci semblant pouvoir être conservé avec les annexes droites qui sont intactes, on continue à détacher soigneusement la tumeur par son côté interne. On n'y parvient qu'en ayant recours aux ciseaux courbes. Arrivé dans la profondeur du bassin, vers la base de la tumeur, une nouvelle masse d'un liquide épais, sirupeux, noirâtre, s'écoule subitement et la tumeur s'affaisse légèrement. On enlève la matière épanchée puis on achève l'isolement de la tumeur à coups de ciseaux sans toucher au corps utérin restant. La tumeur détachée et enlevée, on s'aperçoit que le vagin est ouvert sur la gauche de l'utérus. On le tamponne momentanément avec une compresse. Il reste à enlever la poche salpingienne déjà en grande partie libérée de ses adhérences et qu'on avait rencontrée au début de l'opération. Ligature de son pédicule.

Ablation de la tumeur. On fait ensuite une toilette minutieuse du champ opératoire, une hémostase aussi parfaite que possible en liant aux fils de soie tous les vaisseaux pincés au cours de l'opération. Il reste une vaste plaie béante dans le petit bassin, séparée du reste de la cavité pelvienne par les feuillets péritonéaux qui recouvraient les faces antérieure et postérieure de la tumeur. Mise en place d'une compresse lanière aseptique drainant par le vagin et d'une deuxième lanière drainant par l'abdomen. Suture de la paroi en trois plans (péritoine, plan fibro-musculaire, téguments), sauf à sa partie tout inférieure par où sort le drain abdominal. Pansement

avec des compresses, de l'ouate et du coton stérilisés. Bandage de corps. Les suites opératoires furent simples. Le surlendemain de l'opération, après avoir pris un cachet de calomel, la malade a sa première selle. La convalescence s'achève le 12 janvier 1899 : la malade quitte le service ; elle est guérie, en parfait état.

Le toucher vaginal, pratiqué le jour de son départ, nous montre le col de l'utérus petit, de consistance ferme, avec une déchirure à gauche. L'utérus est mobile, en bonne position. Les culs-de-sac sont libres.

Examen anatomo-pathologique. — La pièce extirpée nous montre à l'examen une tumeur de 18 centimètres de longueur, de forme ovoïde, arrondie à ses deux extrémités, présentant en son milieu un étranglement, au niveau duquel la circonférence est de 15 centimètres ; au-dessus et au-dessous, cette même circonférence atteint 18 centimètres. Les parois extérieures sont lisses sur leurs faces antérieure et postérieure. Sur les faces latérales, on trouve, à gauche, l'insertion du ligament large et, à droite, les traces des adhérences intimes avec l'utérus laissé en place. Le poids de la pièce est de 250 grammes.

Après avoir incisé la tumeur sur sa face antérieure, on trouve une paroi épaisse de 2 centimètres environ, circonscrivant une cavité qui est légèrement en bissac. En examinant la pièce de plus près, on lui reconnaît la plus grande ressemblance avec un corps utérin hypertrophié. En effet, dans sa portion inférieure au rétrécissement (portion cervicale), la surface interne présente des saillies irrégulières, vaguement palmées, formées par le relief de faisceaux musculaires sous-muqueux et rappelant par leur aspect les deux arbres de vie de la portion cervicale de l'utérus normal. La moitié située au-dessus de l'étranglement (cavité du corps) montre, au contraire, sa surface interne à peu près unie et lisse. A la partie supérieure, il est impossible de reconnaître l'orifice de la trompe. A la partie inférieure, on voit une petite dépression à peine perceptible, qui est le vestige d'un orifice externe du col.

L'examen histologique pratiqué est identique à celui qu'on observe sur un utérus normal.

OBSERVATION XXII. — KIRIAC

Utérus didelphe; hématométrie dans l'utérus droit sans hématosalpinx. — Hémi-hystérectomie. — Opération ultérieure pour occlusion; ventrofixation de l'utérus conservé. — Guérison.

Femme, vingt-quatre ans, entre le 24 septembre 1904 pour des douleurs dans la fosse iliaque droite datant de treize ans; règles très douloureuses. Au bout de trois ans, apparition, dans le côté droit du bassin, d'une tumeur mobile qui augmentait sans cesse; cependant la malade se marie et accouche d'un enfant à terme. Les douleurs et la tuméfaction augmentent. L'utérus, petit, semble normal, mais on sent dans le cul-de-sac droit une tumeur grosse comme le poing et remontant jusqu'à l'ombilic, mobile, presque fluctuante, régulière, avec un sillon qui la partage en deux lobes égaux.

Diagnostic: Annexite kystique et tumeur salpingienne.

Laparotomie, 27 septembre 1904. — Kiriak trouve une tumeur avec adhérences épiploïques et intestinales; l'intestin étant trop adhérent, il est forcé d'ouvrir la tumeur, d'où s'écoule un liquide sirupeux analogue à du sang. La tumeur adhère à l'utérus et est prise pour un hématosalpinx, mais on trouve ensuite la trompe et l'ovaire de ce côté. La tumeur abdominale se continue avec une tumeur pelvienne adhérente au plafond vaginal; à gauche, il y a un utérus petit, mobile (absolument indépendant de la tumeur) et possédant sa trompe et son ovaire sain.

Extirpation de la tumeur droite avec sa trompe et son ovaire.

Suites normales. On est très étonné, à l'examen de la tumeur, de voir qu'il s'agit d'un utérus entier de 9 centimètres avec un vagin borgne de 4 centimètres, siège tous deux d'une rétention de règles.

15 octobre 1904. — On sent par le vagin, dans le cul-de-sac droit, une tumeur grosse comme le poing; la malade a de violentes douleurs et on se décide à une deuxième intervention.

29 octobre. — Laparotomie latérale sur le bord externe du droit; grosse masse intestinale adhérente au péritoine pariétal; côlon pelvien très distendu et adhérent, ainsi que le rectum, à l'utérus qu'on a conservé.

Pour empêcher de nouvelles adhérences, on fixe cet utérus à l'angle de la plaie.

Guérison complète.

OBSERVATION XXIII. — QUÉNU

Utérus didelphe à corps séparés et divergents, à cols accolés. — Hématométrie de l'utérus droit. — Hémihystérectomie sus-vaginale. — Opération ultérieure vaginale : résection partielle du col et fistulisation d'une poche cervicale secondaire. — Guérison.

Sonia H..., seize ans, entre à l'hôpital Cochin le 23 mai 1903 ; se plaignant de souffrir dans le ventre, surtout au niveau de la région inférieure droite.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire, son père est bien portant, elle a six sœurs toutes en bonne santé, sauf une qui tousse et a beaucoup maigri.

Antécédents personnels. — Etant petite elle a eu presque toutes les maladies d'enfant, scarlatine, rougeole, elle a toujours été mal portante et faible; elle est, du reste, peu développée pour son âge.

En 1903, elle a été soignée pour une gastrite, puis pour une bronchite. Elle a été réglée à douze ans (elle est encore vierge), ses règles, depuis cette époque, ont toujours été très douloureuses avec un maximum de douleurs à droite; elles sont abondantes, durant cinq jours, et revenant régulièrement tous les mois.

Les dernières règles sont venues le 20 avril 1904; le mardi suivant, 24 avril, la malade est prise de douleurs extrêmement vives pendant la nuit et siégeant à droite et en bas.

Croyant à un embarras gastrique (la malade était très constipée à ce moment), elle s'est mise deux jours à la diète, puis s'est purgée avec de l'huile de ricin.

Pendant une semaine les douleurs disparurent, puis elles revinrent brusquement; la malade a présenté de la rétention d'urine pendant un temps assez long; elle eut à ce moment de la fièvre, sans qu'elle puisse préciser quelle température, elle se souvient cependant d'avoir eu le pouls à 110.

Au mois de mai 1904 ses règles reviennent; le 22 mai elle est prise de douleurs violentes dans le côté droit, a de la fièvre pendant la nuit, ces phénomènes coïncidaient avec une constipation plus opiniâtre. Le lendemain matin, 23 mai, un médecin appelé diagnostique une appendicite, fait mettre de la glace sur le ventre et ordonne la diète absolue. Le soir la douleur persistait aussi violente, survenant par crise, chaque fois qu'on changeait la glace et durait vingt minutes environ.

La malade entre à l'hôpital le même jour. Température 36°8, pouls 98.

24 mai. — A l'examen, on trouve une douleur à la pression, surtout du côté droit, mais bas située, au niveau de la fosse iliaque. Le ventre n'est pas ballonné, pas de vomissements; la malade ne va à la selle qu'avec un lavement.

A la palpation abdominale on sent une grosse masse empâtée, globuleuse, presque médiane, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, cette masse est dure et un peu douloureuse; de chaque côté il y a une masse latérale qui se continue avec la masse médiane, mais semble plus limitée et plus petite que cette dernière.

Au *toucher rectal* on sent de chaque côté du ventre une masse arrondie, assez régulière, douloureuse, plus volumineuse à droite qu'à gauche. Température 37°5, pouls 90.

On met la malade en observation et on pose le diagnostic de salpingite bilatérale, probablement tuberculeux.

M. Gross, de Nancy, qui examine la malade après nous conclut au même diagnostic.

25 mai. — On met des compresses humides chaudes sur le

ventre; la douleur a un peu diminué; toujours de la constipation, une selle après un lavement. Température 37, pouls 80.

26 mai. — La douleur diminue, un vomissement dans l'après-midi.

29 mai. — La douleur a presque disparu, la tumeur persiste, mais le ventre est plus souple. Température 37, pouls 110.

Le soir la température monte brusquement à 38°6, le pouls est à 100.

A 8 heures et demie du soir la malade éprouve une douleur brusque et très violente à droite et en bas jusqu'à 11 heures; elle a de violentes envies de vomir, mais n'y parvient pas; on lui fait une piqûre de morphine. Vers 1 heure du matin elle se sent mouillée, et sur l'alèze on trouve une quantité de sang égale à un grand verre mélangé à du mucus, le tout ressemble à de la gelée de groseille.

30 mai. — A l'examen, on constate que les tumeurs abdominales ont presque totalement disparu, il s'agissait évidemment d'une rétention de règles et nous portons le diagnostic d'*uterus duplex*. Température, 37 le matin, 37°8 le soir; pouls, 98.

A partir de ce moment l'état général de la malade s'améliore beaucoup; elle pesait 38 kg. 500 le 8 juin; le 22 elle pèse 40 kilogrammes.

28 juin. — Les règles reviennent le matin; à 10 heures du soir la malade est prise de nausées, sans vomissements, et de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite.

Température, 37°6; on lui fait une piqûre de morphine; les douleurs se calment peu à peu.

Les règles durent ensuite cinq jours sans incidents; elles sont aussi abondantes que normalement.

7 juillet. — M. Quénu opère la malade; à l'ouverture du ventre on trouve le grand épiploon infiltré de sang résorbé, une portion de péritoine présente aussi des taches de sang.

On relève l'épiploon et on se trouve en présence de deux utérus à corps complètement séparés et divergents; les cols, au contraire, se rapprochent et s'accolent à leur extrémité inférieure; les annexes parfaitement saines sont unies à chaque utérus.

L'utérus droit, dont la partie cervicale est augmentée de volume, est un peu plus petit que le gauche. On l'enlève avec les annexes du même côté. M. Quénu fait une hystérectomie susvaginale; par l'ouverture du col on voit une masse molle ayant la consistance et la couleur de la gelée de groseille qui remplit la cavité cervicale et qui est complètement analogue à celle que l'on avait trouvée dans l'alèse.

On nettoie avec des compresses tout le col, ce qui est assez difficile, car ce mucus sanguinolent est gluant et difficile à évacuer; la cavité s'étend considérablement en bas; une longue pince parvient difficilement au niveau de son extrémité inférieure, une sonde cannelée ne trouve aucun orifice inférieur. Dans l'impossibilité d'exciser toute cette poche, on se décide à la fermer par un surjet suivant le mode habituel. Nous faisons en un mot une hystérectomie subtotale, la section portant sur le segment distendu de l'utérus.

Il faut noter que, durant toute l'intervention, on n'a eu à lier l'artère utérine que sur le bord externe, l'artère n'est donc pas dédoublée sur le bord de chacun des utérus.

Péritonisation, fermeture de l'abdomen à trois plans.

Les suites opératoires sont extrêmement simples : le soir, la malade a 37°6 et 115 au poulx; le lendemain, température, 37°4, poulx, 100; le troisième jour, la température est à 37 degrés et le poulx à 80.

25 juillet. — La malade a ses règles pour la première fois sans douleurs, un peu moins abondantes, et de durée moins longue qu'avant l'opération.

4 août. — La malade sort de l'hôpital complètement guérie; elle doit revenir au mois d'octobre, M. Quénu voulant lui faire un examen vaginal complet pour savoir si une opération complémentaire ne serait pas utile, à cause du moignon cervical laissé.

La malade est revenue au commencement d'octobre; ses règles sont revenues sans aucune douleur, elles ne durent plus que cinq jours au lieu de huit. La malade a augmenté de 6 kilogrammes.

Au toucher vaginal on trouve l'utérus gauche, que l'on a laissé quelque peu à gauche; à droite, on trouve une petite induration grosse comme une noisette, adjacente au col de l'utérus gauche.

Au mois de janvier, même état satisfaisant.

10 avril 1905. — Nous voyons Sonia H... Elle nous raconte que, pendant ses règles de mars, elle a été prise de douleurs dans le côté droit, tout à fait semblables à celles qu'elle a eues avant son opération; ces douleurs durent trois jours, les règles sont plus abondantes; les douleurs diminuent à mesure que s'établissent les règles.

Les règles d'avril sont venues normalement sans douleurs.

Au toucher vaginal on constate que la tuméfaction siégeant à droite du col a augmenté sensiblement de volume. M. Quénu décide une opération sur le moignon cervical.

13 avril. — M. Quénu, sous le chloroforme, incise au bistouri la poche vaginale placée à droite du col; il trouve d'abord du tissu utérin, puis arrive sur une vaste cavité tapissée d'une muqueuse et remplie d'un mucus sanguinolent rappelant absolument la gelée de groseille et en tout comparable à celui que l'on trouva lors de la première intervention. La cavité a 6 centimètres de long, elle se dirige en haut et à droite.

On suture la muqueuse de la cavité à la muqueuse du vagin, si bien que ce dernier se trouve augmenté d'un grand cul-de-sac.

La cavité de l'utérus gauche mesure à l'hystéromètre 6 centimètres.

Les suites sont très satisfaisantes. La malade, revue au commencement de juin, a eu ses règles normalement et n'a plus eu aucune espèce de douleurs.

Examen de la pièce. — Elle comprend l'utérus droit (corps et un tiers du col), la trompe et l'ovaire droit.

L'utérus droit est un peu moins volumineux que le gauche, qu'on a laissé en place; il est d'apparence absolument normale, il présente ceci de particulier que l'on voit sur son bord interne, au niveau du corps, c'est-à-dire de la portion qui était absolu-

ment libre, un petit méso péritonéal qui se prolonge sur une longueur de 3 centimètres environ, mais n'atteint pas la portion du col où les deux utérus sont accolés.

La trompe est absolument normale, perméable, et ne présente rien à signaler qu'une volumineuse hydatide, au niveau de son extrémité externe et de son bord supérieur.

L'ovaire est volumineux, bien développé; on voit nettement arriver au niveau de son hile les artères qui lui sont destinées. La surface de section de l'utérus ne répond pas, comme on le pensait, à la portion vaginale du col; presque tout le col (au moins les trois quarts) est resté, constituant une poche volumineuse que remplissait le mélange de mucus et de sang.

Examen histologique. — Ovaire : sur la coupe transversale de l'ovaire qui présente environ 2 centimètres de diamètre, on remarque tous les caractères d'une structure normale de cet organe. La zone externe est fortement vascularisée et renferme un grand nombre de follicules de Graaf à différents stades de leur évolution. Quelques-uns laissent voir des ovules fort nets; on aperçoit également une certaine quantité de corps jaunes. Le parenchyme ovarien n'est pas sclérosé et présente son aspect ordinaire.

Col de l'utérus réséqué dans la deuxième opération. — Des coupes sont faites perpendiculairement à la muqueuse; sur la face interne du col répondant au canal cervical, on aperçoit quelques fragments de glandes et des débris d'épithélium presque cylindrique à la surface. La plus grande partie de cette face interne semble dépourvue d'épithélium. Vers la face externe, on aperçoit des bandes d'épithélium pavimenteux, stratifié, recouvrant une zone riche en petites cellules rondes. Entre ces deux faces, on rencontre des faisceaux de fibres musculaires lisses, diversement entre-croisées avec des capillaires moyennement développés : ce tissu possède donc sensiblement la structure du col de l'utérus normal.

2° SALPINGECTOMIES

OBSERVATION XXIV. — SCHROEDER

(Obs. 16 de la thèse de Gross)

Utérus bicorne avec corne gauche rudimentaire hématométrique et hématosalpinx.

Première opération : laparotomie ; ablation de l'hématosalpinx gauche. — Evacuation ultérieure spontanée par le vagin de l'hématomètre.

Deuxième opération : incision par le vagin de la poche hématométrique.

Jeune fille de dix-sept ans, réglée depuis trois ans, souffrant depuis dix-huit mois de douleurs caractéristiques d'une hématométrie dans la corne gauche d'un utérus bicorne, compliquée d'hématosalpinx. L'auteur voulut d'abord entreprendre l'extirpation de la moitié gauche du canal génital. Il se contenta d'enlever, après *laparotomie*, la trompe gauche remplie de sang. Un peu plus tard, quand la malade fut guérie de cette laparotomie, l'évacuation d'une collection sanguine, couleur chocolat, se fit spontanément par le vagin, mais l'ouverture par laquelle le sang s'était vidé se referma. Le sang s'accumula à nouveau dans la poche, ce qui nécessita une incision vaginale par laquelle fut introduit un drain en croix. Guérison.

OBSERVATION XXV — E. VIGNARD

(Obs. 44 de la thèse de Gross)

Utérus bifide. — Hématométrie latérale droite et hématosalpinx. Opération complète. Par l'abdomen, ablation de l'hématosalpinx. Par le vagin : incision de l'hématomètre avec suture des muqueuses. — Guérison.

Jeune fille de dix-sept ans, entre à la clinique chirurgicale, le 22 septembre 1898.

Les règles débutent à treize ans, sont à peu près régulières pendant un an, deviennent plus tard irrégulières et très douloureuses. Puis douleurs intermittentes continuëles.

À son entrée à l'hôpital, pas de règles depuis trois mois.

Examen actuel. — Jeune fille pâle, anémique, paraissant fatiguée par la douleur persistante et l'insomnie. À la palpation, on sent une volumineuse tumeur occupant la moitié droite du bas-ventre (cavité pelvienne et fosse iliaque droite).

Au toucher vaginal, on ne sent pas d'hymen ; le doigt pénétrant facilement entre les petites lèvres est arrêté presque immédiatement (5 à 6 centimètres) par une tumeur lisse, tendue, résistante, qui se continue manifestement avec la tumeur abdominale. Cette tumeur ne présente pas d'orifice. Le cul-de-sac droit est très rapproché de l'orifice vulvaire ; il est manifestement abaissé ; le cul-de-sac gauche est, au contraire, très profond, on n'y sent point de col utérin.

Diagnostic. — Le Dr Pérochaud pense à une hématométrie. Ce diagnostic est confirmé par M. Vignard qui le complète de la façon suivante : hématométrie avec hématosalpinx (au niveau de la fosse iliaque on avait senti un cordon cylindrique ayant l'allure d'un intestin distendu) *dans un utérus bifide*, puisque d'une part, la tumeur occupait un côté seulement du bas-ventre, et que les règles survenaient quelquefois (2^e utérus).

Traitement. — De crainte d'une rupture, M. Vignard institue le traitement immédiat suivant :

1^o *Laparotomie* qui confirme le diagnostic. Ablation de la trompe hématométriée ;

2^o *Opération vaginale.* — Incision de 3 ou 4 centimètres au niveau où la tumeur bombe et est dépressible. Aussitôt après l'incision faite, il s'écoule un flot de liquide brun, épais ; un instrument introduit dans la cavité s'y enfonce de 15 centimètres environ. Après lavage à l'eau bouillie, le chirurgien borde l'orifice par une suture au catgut des deux muqueuses, et introduit un drain volumineux.

Suites opératoires. — Simples.

Guérison.

OBSERVATION XXVI. — WITHAUER

(Obs. 45 de Gross)

Hématomètre latéral gauche très volumineux, avec hématosalpinx. — Opération complexe : ablation de l'hématosalpinx par l'abdomen. — Incision par le vagin de l'hématomètre.

Jeune femme de vingt ans, bien portante antérieurement, ayant eu ses règles à seize ans. Après cette première menstruation, les règles firent défaut pendant trois mois et revinrent irrégulièrement les années suivantes; elles étaient peu abondantes et s'accompagnaient de grandes douleurs. Les six derniers mois, la malade n'a pas eu de règles du tout, perte légère quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

État actuel. — Malade bien conformée, présente sur la face et le front des pigmentations comme pendant la grossesse. Les seins laissent écouler à la pression un liquide analogue à du colostrum.

Au palper abdominal, on constate une tumeur du volume d'un utérus gravide au cinquième mois. Des deux côtés de la tumeur, on sent deux autres tumeurs plus petites.

L'examen sous le chloroforme démontre que c'étaient deux tumeurs indépendantes de la grande et non les petites parties d'un fœtus.

Dans le vagin, notamment dans le cul-de-sac antérieur, on sent la tumeur élastique, et à droite on sent un corps résistant qui est peut-être un museau de tanche.

Vagin allongé.

OPÉRATION. Laparotomie. — On constate une grande tumeur fluctuante, rouge bleuâtre, qui est l'utérus distendu. La tumeur moins grande, située à gauche, est la trompe, que l'on déchire en libérant ses adhérences avec l'intestin. Il s'en écoule du sang épais.

On libère et excise cette trompe.

A droite de l'utérus, on en trouve un autre très petit, avec une petite trompe et un ovaire. On ferme la cavité abdominale et on incise la tumeur vaginale. Il s'écoule environ un litre de sang coagulé. Tamponnement vaginal.

Quand on enlève le tamponnement, trois jours après, on constate que l'incision vaginale avait porté sur le col de l'utérus gauche obstrué. Plus à droite, on découvre le petit orifice du col de l'utérus droit.

En somme, la malade avait été réglée par l'utérus droit, peu abondamment, tandis que l'utérus gauche atrésié était le siège d'une hématométrie.

Un tube de verre est introduit par l'incision vaginale comme drain. La poche diminue considérablement de volume. La malade quitte l'hôpital, guérie, au bout de cinq semaines.

Pas de renseignements sur la menstruation ultérieure.

OBSERVATION XXVII. — FULD

(Ob. 51 de la th. de Gross)

Utérus double avec hémato-colpos supérieur, hémato-mètre et hémato-salpinx formant trois tumeurs superposées du côté droit. — Opération complexe : incision vaginale de l'hémato-colpos, puis salpingectomie par voie abdominale.

Jeune fille de quinze ans, réglée depuis l'âge de treize ans, irrégulièrement. Depuis un an, elle ressent des douleurs si violentes qu'elle doit garder le lit. Dysurie.

Depuis novembre 1887, il s'est formé dans l'abdomen une tumeur qui, peu sensible à la pression, augmente progressivement de volume, sans que la malade puisse indiquer avec précision si l'augmentation de volume se fait surtout pendant les règles. En mai 1888, les douleurs atteignent une acuité extrême, l'état général s'altère, amaigrissement, crises syncopales fréquentes.

État actuel. — Dans le bas-ventre, à droite, on constate une

tumeur ovoïde, allongée, faisant proéminer latéralement la paroi abdominale, s'étendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dépassant la ligne médiane vers la gauche. Elle est lisse, arrondie, indolore à la pression, légèrement mobile, nettement fluctuante. Au-dessus du pli de l'aîne, à gauche, il y a une tumeur bien plus petite, allongée, à grand axe parallèle à l'arcade de Poupart, lisse, fluctuante, mobile, qui soulève à son tour la paroi abdominale. Entre les deux tumeurs est une dépression tournée vers en haut. *Organes génitaux* externes-normaux.

Le vagin court, normal dans son tiers inférieur, sans cloisonnement; vers en haut, il s'élargit en entonnoir. Environ 3 centimètres au delà de la vulve, on perçoit une tumeur à paroi épaisse, de forme hémisphérique, remplissant la partie supérieure du bassin, de consistance partout égale, nettement fluctuante, dont la tension est augmentée par une pression sur la plus volumineuse des tumeurs abdominales. Nulle part de dépression à sa surface.

Un cathéter introduit dans la vessie pénètre jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis. On pense à un *utérus double avec hématométrie latérale et hématosalpinx*, consécutifs à une atrésie de l'orifice utérin gauche, peut-être avec une loge vaginale supérieure gauche.

29 juin 1888. — Intervention par le professeur Kehrer, ponction vaginale, écoulement de 400 grammes d'un liquide poisseux. Débridement latéral, la poche se vide complètement. Il s'agissait vraisemblablement d'un hémato-colpos supérieur.

Au-dessus de cette poche vidée se trouvaient encore deux tumeurs abdominales : une droite, dont le volume et la tension n'avaient pas changé, et une gauche, plus petite, allongée, affaissée, qui, dans l'intervalle, était un peu descendue. On en conclut que cette dernière était en communication avec la tumeur qu'on avait vidée et avait pu se vider spontanément, qu'elle appartenait à la corne utérine gauche d'un utérus bicorne. On ne pouvait plus douter que la tumeur qui subsistait en haut et à droite, non modifiée par la ponction de l'hématométrie, était un hématosalpinx.

Pour éviter les dangers de laisser subsister un hématosalpinx aussi volumineux, on fit la *laparotomie*. La trompe gauche distendue est vidée par une ponction (200 gr.), puis *enlevée*.

La malade sortit guérie le 18 août.

Etat général assez satisfaisant, un peu de suppuration, mais santé bonne.

OBSERVATION XXVIII. — BERTHOMIER

Utérus didelphe. — Vaste kyste hématique de l'ovaire et de la trompe gauches. — Col utérin de l'utérus gauche imperforé. — Salpingectomie à gauche. — Conservation des deux utérus. — Guérison.

La malade qui fait le sujet de cette communication est âgée de vingt-trois ans. Elle a toujours habité la campagne et, jusqu'à l'âge de quinze ans, elle ne signale absolument rien d'intéressant dans ses anamnestiques.

A quinze ans ont apparu les premières menstrues, accompagnées de violentes douleurs qui n'ont pas autrement alarmé son entourage. A chaque période cataméniale, les mêmes douleurs se reproduisirent avec la même intensité, toujours accompagnées de ténésme vésical et rectal, sensations de ballonnement, etc., tous symptômes qui étaient attribués à des accidents dysménorréiques vulgaires. Vers la vingtième année, la malade remarquait que son ventre augmentait de volume et que la région hypogastrique, surtout, prenait un développement exagéré.

A vingt et un ans, elle se marie et n'observe pas de changements dans son état; les règles ne durent que quatre jours, mais ne sont pas accompagnées de douleurs très vives.

Vers la fin de 1904, elle constate que son ventre a pris un développement rapide, les douleurs sont devenues intolérables; elle m'est adressée vers la fin de janvier 1905.

L'état général paraît assez médiocre. La région sous-ombilicale est distendue irrégulièrement; à droite, existe une saillie

assez volumineuse; à gauche, la tuméfaction est beaucoup moins accusée. La percussion nous donne une zone de matité assez diffuse; la sonorité des anses intestinales dessine un contour bien irrégulier, pas d'ascite.

La palpation assez douloureuse nous donne la sensation d'une tumeur irrégulièrement bosselée assez analogue à celle que l'on trouve dans la tuberculose péritonéale.

Le palper bimanuel nous montre un utérus à col conique, en rétroversion, peu mobile, peu ou pas douloureux; au-dessus, on trouve une vaste tumeur irrégulière donnant la sensation d'une poche kystique très distendue, douloureuse, paraissant adhérente aux organes voisins; pas la moindre mobilité. A gauche, se trouve un bloc très dur, bosselé, paraissant constitué par les annexes du côté gauche et se continuant sans interruption avec la partie plus volumineuse de la tumeur qui occupe la partie droite de l'excavation pelvienne. La paroi gauche du vagin, très adhérente à cette tumeur dure, ne donne aucune sensation pouvant faire soupçonner l'existence d'un autre corps utérin.

Le diagnostic qui nous paraît le plus probable paraît être celui de tuberculose des annexes, et, en raison de l'intensité des douleurs, nous n'hésitons pas à proposer une intervention chirurgicale qui est acceptée sans discussion.

Intervention le 5 février 1905; narcose à l'éther, avec l'assistance du Dr Dujon.

Dès que la cavité abdominale est ouverte, nous nous trouvons en présence d'une grosse tumeur d'un noir d'ébène, étendue dans toute la région hypogastrique et limitée par un paquet d'anses intestinales très adhérentes; elle est fluctuante et présente tous les caractères d'un vaste kyste hématique.

La libération des anses intestinales fut très laborieuse : la ponction du kyste ne fut suivie que d'une évacuation minime tant les poches kystiques étaient nombreuses, il fallut tant bien que mal se mettre à la recherche d'un pédicule. A la suite de manœuvres longues et pénibles de décortication, la tumeur fut enfin libérée de droite à gauche et l'on tomba sur un pédicule

unique, c'était l'extrémité de la trompe gauche que l'on pouvait suivre très facilement jusqu'à la corne utérine.

Je dois tout d'abord avouer qu'en raison de sa situation cette trompe fut prise pour la trompe droite. Le pédicule une fois lié et toute la masse enlevée, nous nous mettons à la recherche de la trompe gauche. Le fond de l'utérus bien isolé ne nous présente, du côté opposé à la trompe liée, qu'une surface bien lisse se continuant avec la paroi latérale gauche du vagin : d'où stupéfaction bien légitime.

Plongeant la main au fond de l'excavation pelvienne, nous exhumons un autre utérus, muni d'une seule trompe et d'un seul ovaire, disposé sur la paroi droite du vagin et distant de l'utérus n° 1 d'environ 12 à 15 centimètres. Le bord interne de ce nouvel utérus présente dans toute sa hauteur une surface régulièrement lisse et bien péritonisée; les différentes parties qui constituent cette moitié d'utérus sont d'aspect très sain et normales quant à leurs dimensions et leur volume.

Nous avons donc bien affaire à un utérus didelphe; l'utérus gauche étroitement bloqué dans la tumeur devait fatalement échapper au toucher bimanuel.

Comme l'intervention avait été longue et laborieuse, je me hâtai de fermer le ventre et de drainer me réservant d'explorer, au bout de quelques jours, le vagin et ses parois.

Suites simples et prompt rétablissement de la malade. A l'examen ultérieur au spéculum, on constate : la présence de deux cols utérins, saillants, transversalement disposés et se regardant par leurs museaux de tanche avec une symétrie parfaite.

Le col droit conique admet sans difficultés l'hystéromètre, le col gauche est imperforé. Pas de cloisonnement vaginal.

La malade quitta l'hôpital dans un état très satisfaisant. Je l'ai revue il y a deux mois; elle a pris beaucoup d'embonpoint et a été réglée très régulièrement et sans douleurs depuis son intervention.

Des renseignements complémentaires rendent cette obser-

vation des plus intéressantes. Nous transcrivons la lettre du Dr Berthomier.

« Environ deux ans après l'intervention, j'ai été appelé auprès de mon ancienne opérée par son médecin. Elle était enceinte de huit mois et tenait beaucoup à savoir s'il n'y aurait pas de complications pour l'accouchement.

« L'exploration de l'utérus gravide n'indiquait rien d'anormal au point de vue du développement du globe utérin; au toucher, l'utérus imperforé n'était pas facilement limitable, mais néanmoins paraissait diminué de volume et atrophie.

« Ultérieurement, le confrère m'écrivit que tout s'était bien passé, que la malade avait accouché à terme, normalement, d'un enfant bien portant, et ne présentant aucune malformation. »

OBSERVATION XXIX. — LÉOPOLD

(Obs. 29 de la thèse de Gross)

Hématomètre unilatéral dans une corne rudimentaire droite. — Première laparotomie, exploratrice. — Deuxième laparotomie; castration bilatérale. — Guérison.

A. H..., vingt-quatre ans, non mariée, réglée à quinze ans, d'abord irrégulièrement. Quatre ans après leur apparition, les règles deviennent douloureuses. Elles durent six à sept jours. Depuis plus de deux ans déjà, très vives douleurs à l'époque des règles, douleurs irradiées dans l'abdomen, vers la région lombaire et le genou du côté droit, commençant avant l'écoulement, s'exagérant pendant et ne cessant qu'après. La morphine seule produit un soulagement.

Trois ans auparavant, la malade a été traitée pour une sténose du col utérin qui pouvait expliquer les douleurs. Elle subit la dilatation du col. Le résultat de cette intervention fut une grossesse.

Après l'accouchement, les règles deviennent de plus en plus

douloureuses, empêchant tout travail. Dans la région de l'ovaire droit, et directement contre l'utérus, on sentait une tumeur de la grosseur d'une pomme, qui pouvait être prise pour un fibrome sous-péritonéal, ou pour une ovarite chronique. L'utérus était libre, mobilisable avec la tumeur.

La laparotomie pratiquée le 17 octobre 1882, montre l'utérus un peu à gauche de la ligne médiane et permet de reconnaître que la tumeur située à droite est une corne utérine rudimentaire, distendue, plus grosse que la gauche, et réunie à elle par un large pédicule au niveau de l'orifice interne. Les annexes ont leur aspect normal.

Léopold se borne à une laparotomie exploratrice, comptant pouvoir rétablir plus tard la perméabilité de la corne par le vagin.

Dès la période suivante, les douleurs reprirent et devinrent de mois en mois plus fortes, aussi la malade demandait-elle une opération radicale.

L'observation clinique de la malade démontrait qu'à chaque période menstruelle la corne droite de l'utérus grossissait régulièrement et devenait très sensible. Vers en haut et en dehors s'en détachait la trompe épaissie et peu mobile.

Pour remédier aux accidents d'hématométrie et éviter pour plus tard la rupture d'un hématosalpinx, on résolut de faire une deuxième laparotomie. Elle fut pratiquée le 6 mai 1883 : corne droite du volume d'une pomme, arrondie, très distendue ; ablation de la trompe épaissie et de l'ovaire droits, qui adhéraient à la tumeur et à l'intestin grêle. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. En somme, castration bilatérale.

L'ovaire droit contenait de nombreux follicules, mais pas de corps jaunes. La trompe droite présentait un épaississement de sa paroi, ne renfermait pas de sang, mais une certaine quantité de mucus trouble rougeâtre. Son extrémité abdominale était perméable. Trompe et ovaire gauches normaux. Guérison complète en deux semaines, sans fièvre.

OBSERVATION XXX. — STRATZ

(Obs. 28 de la thèse de Gross)

Utérus double. — A gauche hématomètre avec hémato-salpinx et hématome de l'ovaire. — A droite utérus perméable avec annexes droites saines. — Ablation des annexes des deux côtés. Ponction de l'hématomètre par le vagin.

Jeune fille de quinze ans, réglée depuis deux ans et affligée d'une grosse tumeur abdominale.

Laparotomie. — Utérus double dont le côté gauche est le siège d'une hématométrie. La trompe gauche est également remplie de sang. Ovaire gauche augmenté de volume, très vasculaire, avec foyers hémorragiques. Les annexes du côté droit ne présentent aucune lésion.

Ablation des trompes et des ovaires des deux côtés. Ponction de l'hématomètre par le vagin. Guérison.

OBSERVATION XXXI. — SAENGER

(Obs. 37 de la thèse de Gross)

Hématomètre dans une corne accessoire gauche avec hématosalpinx. — Salpingo-oophorectomie double. Guérison.

Jeune femme de vingt-neuf ans, mariée, nullipare. Depuis onze à douze ans, dysménorrhée. Quelques rares gouttes de sang seulement tous les vingt-quatre jours, avec crises douloureuses violentes dans le côté gauche de l'abdomen.

Diagnostic. — Hématomètre dans une corne accessoire gauche avec hématosalpinx. A côté du corps utérin, incliné à droite, petite tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, non douloureuse, rénitente, sans connexion apparente avec l'hématomètre. La corne droite est peu développée. Salpingo-oophorectomie. Guérison.

3° LAPAROTOMIE AVEC MARSUPIALISATION

OBSERVATION XXXII. — HOWITZ

(Obs. 80 de la thèse de Gross)

Volumineux hématomètre adhérent. — Marsupialisation de la poche, modifiée ensuite par les caustiques.

Chez une jeune fille de dix-huit ans, avec aménorrhée, Howitz constata la présence d'une tumeur de l'abdomen remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. D'après la description et les résultats de l'exploration, la tumeur était formée par une corne utérine droite, plus développée et atrésiée. Après laparotomie, la tumeur est trouvée adhérente et son extirpation difficile; on la fixe à la paroi par une série de sutures pour la traiter au thermocautère et avec le chlorure de zinc. Il survint une forte fièvre, et, trois jours plus tard, on incisa la tumeur; issue de gaz et de pus fétides. Les lavages avec drainage amenèrent la guérison.

OBSERVATION XXXIII. — TRZEBICKY

(Obs. 26 de la thèse de Gross)

Très volumineux hématomètre avec hématosalpinx communiquant largement. — Marsupialisation de la cavité hématométrique, sans toucher à l'hématosalpinx. — Fistulisation secondaire de la poche marsupialisée par le vagin. — Guérison.

L'auteur ne fit le diagnostic que par la laparotomie.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, réglée depuis deux ans; au début, régulièrement toutes les quatre semaines, sans aucune douleurs; depuis onze mois, douleurs indépendantes de la menstruation, irradiées dans l'abdomen et dans les reins, de plus en plus fortes et rapprochées. Il y a quelques mois, apparition

au-dessus de la symphyse d'une deuxième tumeur dépassant en volume la première. Dans ces derniers temps, dysurie fréquente.

Abdomen modérément élevé, principalement dans sa partie inférieure. Tumeur émergeant du bassin et composée de deux parties : la plus volumineuse se trouve exactement sur la ligne médiane, des dimensions d'une tête d'adulte, immédiatement au-dessus de la symphyse ; la seconde, de la grosseur d'une tête d'enfant, de forme ovoïde, est située au-dessus de l'arcade fémorale droite, en connexion intime avec elle, mais séparée d'elle par une encoche profonde. Les deux tumeurs présentent une mobilité latérale, la plus petite est encore un peu mobile dans le sens de la hauteur. Pas de fluctuation. Par le toucher vaginal, on retrouve une tumeur remplissant les culs-de-sac, sauf à gauche ; elle est la même que celle qui remplit l'abdomen. Le col est très petit et court, reporté à gauche, l'orifice regarde à gauche, on croit à une tumeur maligne.

Laparotomie exploratrice le 12 mai.

A l'ouverture du ventre, on trouve une tumeur lisse, arrondie, s'élevant jusqu'à l'ombilic. Sur son côté droit se détache une deuxième tumeur en forme de fuseau, à surface inégale, bosselée.

Les deux tumeurs sont vaguement fluctuantes. On incise la plus volumineuse des deux sur la ligne médiane. Il s'en écoule environ près de 2 litres de liquide sanguin, brunâtre, de couleur chocolat. On voit aussitôt la paroi utérine se contracter. Après évacuation du liquide, la tumeur conserve toujours encore le volume d'une tête d'enfant, la tumeur latérale diminue relativement moins. On l'explique par la présence, à gauche de la tumeur principale, d'un utérus infantile, dont le corps mesure de 2 cm. 5 à 3 centimètres et auquel elle est reliée par une épaisse membrane. Vers en bas, cet utérus se confond avec la tumeur.

Pour éviter l'infection péritonéale par la cavité utérine, Trzebicky établit une fistule utérine à travers la paroi abdominale, se proposant de créer plus tard seulement une fistule vaginale, avec la pensée, après organisation de cette dernière, d'obtenir l'oblitération de la fistule abdominale. Il croit prudent

de ne pas fermer la plaie abdominale, même en établissant aussitôt la fistule vaginale, de crainte que cette dernière puisse se fermer, d'où résulteraient des accidents de rétention. En conséquence, suture de la corne utérine ouverte à la paroi abdominale et tamponnement à la gaze iodoformée. ¶ L'auteur jugea l'extirpation de l'hématosalpinx concomitant inutile, la diminution de volume de ce dernier, après évacuation de l'hématométrie semblant prouver qu'il y avait une communication suffisante entre les deux pour permettre au kyste tubaire de se vider par l'utérus.

Pleuropneumonie intercurrente grave.

Cinq jours après, incision par le vagin, de la poche utérine, en se servant comme guide d'une sonde introduite par la fistule abdominale. Introduction d'un gros drain abdominovaginal. Injection quotidienne avec solution d'acide salicylique.

Au bout de cinq semaines, l'hématosalpinx avait disparu, et, le 12 juillet, fermeture de la fistule abdominale, après avivement des bords, par une suture étagée au catgut. Quelque temps après, la malade rentre chez elle. On lui recommande de se faire dilater de temps en temps la fistule utéro-vaginale, car la récédive serait à craindre par oblitération de la fistule.

OBSERVATION XXXIV. — FROELICH

(Obs. 82 de la thèse de Gross)

Hématométrie double dans un utérus bicorne avec vagin imperforé. — Extirpation de la corne la moins développée et marsupialisation de la corne principale. — Fistulisation vaginale secondaire de la poche marsupialisée.

La nommée M. B., âgée de vingt-neuf ans, entre en septembre 1899 dans le service de M. le professeur Weiss, suppléé par M. le professeur agrégé Froelich. A partir de dix-huit ans, écoulement sanguin périodique par l'urètre et accompagné de

phénomènes douloureux et de coliques. Mariée à vingt-trois ans.

Il y a quelques mois, suppression de l'écoulement sanguin, mais persistance des phénomènes douloureux périodiques et augmentation de volume du ventre.

On constate à l'examen de la malade une imperforation du vagin ; entre les grandes lèvres un cul-de-sac de 3 centimètres de profondeur. De chaque côté de l'urètre, un petit canal filiforme de 4 à 5 centimètres de profondeur, en outre une petite fistule sur la ligne médiane.

Au toucher rectal, on ne sent rien de particulier entre la muqueuse rectale et une sonde placée dans l'urètre, mais plus haut on trouve une tumeur de la grosseur d'un utérus gravide de trois mois, à sa droite une petite tumeur latérale de la grosseur du poing d'un enfant.

Opération (septembre 1899). *Laparotomie médiane*. On énuclée la petite tumeur latérale droite que l'on croit être un fibrome inclus, et que l'on reconnut bientôt être une poche surajoutée à la tumeur principale ; en effet, en arrivant à la base de la première tumeur, écoulement d'une certaine quantité de matière hémorragique par une ouverture faite à la paroi de la tumeur principale. Celle-ci n'était autre qu'un utérus hématométritique. Après avoir épongé le liquide, suture de l'ouverture pratiquée à la poche principale, drainage à la gaze iodoformée, suture à la paroi abdominale de la tumeur principale. Le surlendemain, incision de la tumeur, écoulement d'une certaine quantité de sang brunâtre. Le quatrième jour, ablation de la paroi exubérante de la loge utérine.

L'examen de la petite tumeur énucléée montre que celle-ci n'est autre qu'une poche à paroi épaisse, musculaire. Il s'agit d'une corne utérine accessoire qui tenait à une corne utérine plus volumineuse, les deux constituant les deux cornes d'un utérus bicorne et atteintes toutes deux d'hématométrie.

La corne utérine marsupialisée suppura consécutivement et, quelques semaines plus tard, M. Weiss dut l'ouvrir à la partie déclive après s'être créé une voie vaginale. Drainage abdomino-vaginal. Guérison.

Il s'agissait dans ce cas d'un utérus bicorne avec développement inégal des deux cornes, et hématométrie double consécutivement à une imperforation vaginale.

Le traitement a été l'extirpation de la corne la moins développée et la marsupialisation de la corne principale, opération complétée plus tard par une incision vaginale et un drainage abdomino-vaginal.

4° HYSTÉRECTOMIES

OBSERVATION XXXV. — BOUMAN J.

Hématomètre double siégeant dans les deux cavités d'un utérus bicorne à col unique, compliqué d'hématosalpinx des deux trompes. — Hystérectomie supra-vaginale avec ablation bilatérale des annexes. — Guérison ¹.

Anne-Marie van der V..., vingt-cinq ans, née à Amsterdam, entre le 12 mai 1902 à l'hôpital.

La malade se plaint de violentes douleurs qu'elle ressent depuis un an et demi dans le bas-ventre. Les règles ont fait leur apparition à vingt-trois ans; d'abord irrégulières et peu abondantes, elles sont devenues plus douloureuses et plus abondantes.

Miction normale, selles régulières.

État général satisfaisant; un peu d'anémie.

A l'inspection, le ventre n'est pas volumineux, mais régulièrement tendu. Après cathétérisme, la tension diminue et on ne remarque plus qu'une tuméfaction en croissant au-dessus du pubis. La palpation révèle le même symptôme. Elle permet de sentir au-dessus du pubis, dans la profondeur, une tuméfaction dure, légèrement douloureuse. A la percussion, le ventre est sonore partout, excepté au niveau de la tumeur.

¹ *Annales de Gynécologie*, 1904, p. 5, Gross.

Organes génitaux externes normaux.

Au palper bimanuel, la tumeur semble siéger immédiatement au-dessus de la portion vaginale du col de l'utérus, être arrondie, de consistance ferme et être constituée par le corps utérin augmenté de volume. L'utérus est abaissé et ne peut être repoussé vers en haut.

A droite, au-dessus de la symphyse on constate une tuméfaction dure qui fait corps avec l'utérus. Cette tumeur présente à peu près les dimensions d'un utérus gravide de deux mois. L'examen bimanuel n'est pas douloureux.

On porte le diagnostic de fibrome interstitiel ou sous-séreux. Rien d'autre à signaler dans l'examen de la malade.

Deux jours après le 14 mai, examen sous le chloroforme. Les premières investigations furent confirmées; de plus, on sent à droite de la tumeur dure une deuxième petite tumeur molle qui fut considérée comme un petit kyste ovarique ou une partie plus molle du fibrome. Du côté gauche on constata encore une tumeur annexielle de consistance élastique à surface lisse mobilisable, mais rattachée à l'utérus. Au-dessus d'elle on en sentit encore une autre plus volumineuse, vaguement fluctuante et très mobile. Le diagnostic de ces deux tumeurs reste obscur. On pensa vraisemblablement qu'il s'agissait d'un lobe fibromateux et d'un kyste de l'ovaire sus-jacent.

Une laparotomie est décidée et pratiquée le 19 mai. Chloroformisation. Asepsie.

Le ventre ouvert, on constate que l'utérus, du volume du poing, rénitent, élastique, est situé sur la ligne médiane. A sa droite et à la place des annexes droites existait une deuxième tumeur largement implantée sur l'utérus par un pédicule, tumeur du volume d'un œuf de mouette, de forme irrégulière, transparente, présentant çà et là des taches d'un gris vert foncé et de consistance élastique. Cette tumeur est couverte de fausses membranes et adhérente à une anse d'intestin grêle. D'après son aspect et son siège, c'était la trompe droite déplacée, à laquelle était rattaché par un court pédicule le kyste de l'ovaire très mobile, diagnostiqué à gauche, mais qui dépendait bien de

Ovaire droit. Indépendamment de ces tumeurs dépendant des annexes droites, l'utérus présentait un prolongement gauche également de consistance élastique. Au sommet de ce prolongement de l'utérus, on constatait une tumeur de la grandeur d'un œuf de mouette, de forme irrégulière, transparente, gris verdâtre, d'une consistance inégale qui était la trompe gauche.

Le diagnostic de fibrome n'était donc pas exact. De quelle tumeur s'agissait-il ? Le kyste de l'ovaire droit fut ponctionné. Il s'en écoula un liquide jaune clair, puis on en pratiqua l'ablation. On essaya ensuite d'enucléer la tumeur salpingienne de droite de son large pédicule ; mais pendant ces tentatives elle fut crevée et il s'en écoula une matière liquide de couleur chocolat ; il s'agissait donc d'un hématosalpinx. Une incision pratiquée sur la paroi utérine donna issue à une grande quantité de liquide analogue. Il y avait donc hématométrie concomitante. L'enucléation commencée fut interrompue, et l'on résolut de faire une *amputation supra-vaginale* de l'utérus, l'extirpation totale étant impossible parce que le vagin n'avait pas été désinfecté.

L'opération fut terminée sans incidents, sauf une plaie superficielle intestinale par suite des adhérences de l'hématosalpinx droit. Cette plaie fut suturée par un petit surjet.

Suites opératoires simples.

Examen anatomo-pathologique. — La pièce extirpée montre l'utérus avec les annexes gauche et droite. Après incision du fond de l'utérus, on voit que la paroi en est notablement épaissie, elle mesure à certaines places 2 centimètres. On reconnaît trois cavités, une grande cavité à droite, une plus petite à gauche, communiquant avec une troisième médiane et située plus bas.

La partie inférieure du col est atrésiée.

A l'œil nu la muqueuse qui tapisse ces cavités ne présente rien de particulier.

La cavité de la trompe gauche siège d'hématosalpinx communique avec la corne gauche par un petit pertuis. La cavité de l'hématosalpinx droit ne semble pas communiquer avec la corne

droite. A cet hématosalpinx adhère la paroi du kyste de l'ovaire ou du parovaire extirpé.

Il s'agit dans ce cas d'hématométrie double siégeant dans les deux cavités d'un utérus bicorne à un seul col compliqué d'hématosalpinx de deux trompes. On pratiqua l'hystérectomie supravaginale (subtotale).

OBSERVATION XXXVI. — HOMANS

(Obs. 22 de la thèse de Gross)

Utérus semblant unique mais globuleux avec hématosalpinx gauche. — Hystérectomie subtotale. — A l'examen de la pièce on reconnaît un utérus biloculaire dont la moitié gauche est distendue par un hématomètre.

Une jeune fille de dix-huit ans est atteinte d'une affection abdominale, caractérisée par des douleurs violentes, d'abord limitées aux époques menstruelles, puis continues.

Elle fut réglée à quatorze ans peu abondamment et très irrégulièrement. Depuis un an, elle grossissait et une tuméfaction considérable s'était peu à peu développée à la partie inférieure de l'abdomen avec alternative d'augmentation et de diminution légère. A l'examen de la région hypogastrique, on constate une tumeur globuleuse, mate, fluctuante, à parois épaisses, remplissant la cavité pelvienne et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur semblait formée par l'utérus dilaté, mais au toucher vaginal, il était impossible de reconnaître le col.

La malade réclamant avec insistance une opération, le 11 avril 1883, on pratique une incision médiane de l'ombilic au pubis. Après avoir traversé une couche épaisse de vieux caillots sanguins, reste d'une hématocele ancienne, on arrive sur l'utérus dilaté, adhérent aux organes voisins. Des fausses membranes, infiltrées de caillots sanguins, l'enveloppent de toute part.

Le pavillon de la trompe gauche et l'aileron correspondant du ligament large étaient transformés en une poche remplie de sang grumeleux, communiquant avec la cavité péritonéale par deux ouvertures. L'utérus, du volume d'une grosse noix de coco, était distendu par une énorme quantité de sang noir liquide. Après l'avoir vidé on le sectionne le plus bas possible, et on l'enlève ainsi que l'ovaire et les trompes. On ne réussit pas à établir la perméabilité du col utérin oblitéré et l'on renonce à faire le drainage par cette voie. En dépit d'une hémorragie assez violente au niveau du pédicule survenue trente-six heures après l'opération, prompte guérison. La malade quitta l'hôpital le treizième jour.

L'utérus enlevé était divisé par une cloison verticale et antéro-postérieure en deux cavités distinctes : celle de droite peu développée, revêtue intérieurement d'une muqueuse normale; celle de gauche très dilatée, et constituant par le fait la totalité du kyste sanguin décrit plus haut. Cette dernière mesurait 11 centimètres de hauteur.

Il est évident que l'orifice cervical de l'utérus gauche était imperforé, d'où accumulation de sang menstruel dans sa cavité, tandis que l'utérus droit, perméable inférieurement, avait permis l'écoulement du sang des règles. Les deux ovaires étaient normaux.

OBSERVATION XXXVII. — Professeur A. POLLOSSON
(Obs. inédite)

Utérus double. — Hématométrie cervicale gauche, du volume d'une orange, communiquant avec la cavité cervicale de l'utérus normal par un petit pertuis. — Hystérectomie totale, sans ouverture de la poche. — Guérison.

Mme I..., envoyée à la Charité par le Dr Rondet, en janvier 1906, pour douleurs très violentes dans le bas-ventre.

Examen clinique. — On sent par le toucher vaginal que le

cul-de-sac latéral gauche est occupé par une saillie assez volumineuse, le déformant complètement et déformant le col utérin et la commissure gauche. Cette masse donne la sensation d'une collection liquide, mais peu fluctuante, plutôt empâtée. Le col paraît élevé et comme repoussé en haut.

Au toucher et palper combinés, on sent très nettement l'utérus



FIGURE 21. — *Utérus bicornis, bicollis.* — Hématométrie dans la cavité cervicale de l'utérus gauche (A. Pollosson).

(D'après une photographie due à l'obligeance de M. Jamin.
Réduction de moitié.

en avant et à droite ; à gauche, les sensations sont assez floues, mais on se rend compte que la fosse iliaque et le pelvis de ce côté sont remplis par une masse à contours mal délimités, mais qui doit se continuer avec la masse gauche sentie par le vagin.

Diagnostic. — Kyste probable du vagin.

L'intervention abdominale paraît seule indiquée pour pouvoir extirper plus facilement cette masse et connaître ses rapports avec l'utérus. On élimine la notion d'une hématométrie parce que les règles sont régulières, périodiques.

Laparotomie le 10 janvier 1906 :

A l'ouverture du ventre, on constate la présence de l'utérus avec des annexes normales ; il existe une légère échancrure sur le fond utérin, mais la bifidité utérine est à peine marquée. Après ouverture du péritoine en avant, on cherche à établir les connexions de cette tumeur avec l'utérus, on constate qu'il est impossible de les séparer. Dès lors, on décide une *hystérectomie totale*.

On aborde le vagin par le cul-de-sac latéral droit après avoir bien dégagé la masse gauche ; on se laisse guider pour faire la section du vagin sur les limites mêmes de la tumeur.

Hémostase. Péritonisation. Suites simples.

A l'examen de la pièce, on constate que l'orifice du museau de tanche est complètement déformé, la commissure droite est intacte, mais la commissure gauche est complètement effacée. La pression fait sourdre, par le museau de tanche, un peu de sang noir ressemblant à du goudron.

Une coupe médiane montre qu'il s'agit d'un hématomètre cervical gauche plus gros qu'une orange. Il existe deux cavités utérines : celle du côté droit est intacte et vient s'ouvrir au dehors par le museau de tanche du col senti ; celle du côté gauche ne présente aucune distension au niveau du corps, ce n'est qu'à partir de l'orifice interne qu'on voit la dilatation commencer et s'élargir rapidement. Les deux cavités, droite et gauche, sont entièrement séparées par une languette, et tout d'abord on croit qu'il n'existe aucune communication entre elles, mais en l'étudiant de près, on voit que la poche de l'hématomètre communique avec la cavité cervicale saine à 1 centimètre de distance de l'orifice externe, par un petit pertuis dans lequel on peut passer une soie de porc.

Etant donné la disposition de la pièce, il était impossible de faire de la conservation, c'est-à-dire une hémihystérectomie.

OBSERVATION XXXVIII. — ROSENTHAL

(Obs. 81 de la thèse de Gross)

Hématométrie unilatérale dans la corne droite d'un utérus bicorne. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale avec fistulisation de la poche cervicale par le vagin. — Guérison.

Femme de vingt-quatre ans, réglée depuis l'âge de seize ans, irrégulièrement et avec douleurs. Se présente, à cause d'une tumeur abdominale douloureuse, à un médecin qui, supposant une hématométrie dans un utérus cloisonné, fait une ponction vaginale. Ecoulement d'environ 1 litre d'une matière analogue à du marc de café.

La malade est envoyée à V. Rosenthal.

Examinée sous le chloroforme, V. Rosenthal constate à gauche un utérus petit avec annexes normales, mais en apparence sans canal cervical; à droite, une tumeur sphérique, dure, qui, vers en bas, se continue avec un corps de la grosseur d'une orange qui déprime la voûte vaginale et porte une petite proéminence. Pendant l'anesthésie, la tumeur vaginale se laisse soulever et refouler vers l'abdomen. Il s'en détache un cordon épais, aplati, la reliant à l'utérus qui apparaît à ce moment plutôt en position médiane.

Le diagnostic reste hésitant entre celui d'une corne utérine atréiée et d'une tumeur ovarienne.

On pratique la laparotomie qui précise le premier diagnostic.

V. Rosenthal fait l'hystérectomie en ne conservant que la partie inférieure de la tumeur qu'il place en dehors du péritoine et draine par le vagin. Pendant l'opération une grande quantité du contenu de l'hématométrie s'est répandue sur le champ opératoire; il en est résulté un abcès des parois qui retarda la guérison.

OBSERVATION XXXIX. — HAULTAIN

(Obs. 47 de la th. de Gross)

Aménorrhée. — Utérus bicorné, avec corne gauche peu développée; corne droite hématométrique rompue et déversant une partie de son contenu dans le ligament large droit. — Nombreuses adhérences. — Castration abdominale totale. — Guérison.

Femme âgée de vingt-quatre ans, qui présente de fréquentes et vives douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Elle a eu, il y a deux ans, une péritonite généralisée d'origine présumée appendiculaire. Elle n'a jamais été réglée.

A l'examen on constate un utérus petit, à droite duquel on sent une masse de consistance molle, du volume d'une orange. On porte le diagnostic d'annexite droite.

A l'ouverture du ventre, après section de fortes adhérences épiploïques on se trouve en présence d'un utérus bicorné. La corne gauche n'est pas développée; la corne droite très augmentée de volume est rompue dans le ligament large et avec ce dernier forme la paroi d'un kyste dont le contenu est une substance poisseuse et noirâtre. Le sang menstruel ne pouvant s'écouler vers le vagin a donc formé un kyste par rétention dans la corne utérine, celle-ci surdistendue a fini par se rompre et le sang s'est infiltré dans le tissu cellulaire du ligament large. Ainsi s'est formée la masse qu'on sentait par le toucher vaginal; sur cette masse s'implantaient le ligament rond et la trompe non perméable. Les deux ovaires sont très hypertrophiés; ils présentent à leur surface un nombre considérable de kystes sanguins.

On libère les adhérences qui maintiennent solidement fixés utérus et annexes. Ceux-ci sont ensuite enlevés. Après toilette du péritoine, on reconstitue le ligament large.

Suites normales. Guérison parfaite.

OBSERVATION XL. — DELBET

Utérus didelphe ou pseudo-didelphe. — Hématomètre et hémato-colpos gauche, formant une tumeur en sablier, du volume d'un utérus gravide de six mois. — Pas d'hématosalpinx. — Hystérectomie double avec marsupialisation de la partie inférieure de la poche hématométrique. — Deuxième intervention : fistulisation vaginale de cette partie inférieure de la poche conservée. — Guérison.

Femme de vingt-neuf ans, réglée à quinze. Deux ans plus tard, apparition des douleurs menstruelles qui augmentaient progressivement d'intensité, en même temps que la durée des règles s'allongeait. Plus tardivement une tumeur paraît, qui, après chaque période menstruelle, reste plus grosse qu'auparavant.

En 1895, les douleurs acquièrent une telle intensité qu'une laparotomie devient nécessaire (Bouilly). Il s'ensuit une fistule abdominale par où s'échappait le sang des règles. Elle constitua ainsi, pendant un an, une soupape de sûreté, puis se ferma. De nouveau les symptômes anciens réapparurent.

En 1901, la malade rentre dans le service du Dr Delbet. On reconnaît la cicatrice d'une laparotomie, médiane, dont la partie inférieure élargie, plissée, déprimée en entonnoir, marque le siège de l'ancienne fistule.

Par le palper on perçoit une tumeur donnant la sensation d'un utérus gravide de six mois, et, à côté, on sent un utérus de volume normal, semblant attiré en haut.

Par le toucher on constate que le vagin est complètement rempli par une tumeur volumineuse et semi-fluctuante. M. Delbet crut qu'il s'agissait de deux fibromes, l'un sous-péritonéal, développé sur la moitié droite de l'utérus, l'autre cavitaire, accroché dans le vagin, admettant que les lèvres du col, remontées au-dessus de la tumeur vaginale étaient inaccessibles ou si amincies qu'on ne pouvait les percevoir par le toucher.

OPÉRATION le 10 décembre 1901. — Résection de l'ancienne cicatrice et ouverture de l'abdomen. On constate la présence de deux tumeurs : la supérieure, non adhérente à la paroi, est recouverte par l'épiploon ; l'inférieure, qui fait saillie par le vagin, est adhérente en avant à la paroi au niveau de l'ancienne fistule ; elles semblent communiquer entre elles. Croyant toujours que la tumeur inférieure est constituée par un fibrome, M. Delbet incise en arrière de ce qu'il considère être le col, pour reconnaître les connexions de ce prétendu fibrome.

Après avoir sectionné une coque dure et épaisse d'1 centimètre environ, il tombe dans une cavité d'où s'échappe une masse de liquide sirupeux et noirâtre. Cette poche en contenait 1 litre au moins. Lorsqu'elle fut vidée, on fut surpris de voir que l'écoulement continuait à se faire. On constata alors que la tumeur incisée communiquait avec la tumeur supérieure au niveau du goulot rétréci. Pour arrêter cette inondation gênante, on place une ligature sur ce goulot. La poche inférieure ouverte, tapissée par une muqueuse, descendait jusqu'à la vulve ; par suite de ses adhérences avec la vessie, au niveau de l'ancienne fistule, par suite des adhérences avec le petit bassin, M. Delbet préféra marsupialiser cette poche et enlever tout ce qui est au-dessus. Il enleva donc l'utérus gauche, la tumeur supérieure constituée par le corps de l'utérus droit distendu, et une partie de la tumeur inférieure procédant comme pour une hystérectomie. La seule différence est que la section supérieure a porté sur la poche inférieure.

M. Delbet dit avoir sectionné aussi le vagin correspondant à l'utérus gauche, puisqu'il a enlevé la totalité de celui-ci, mais il n'a même pas vu cette cavité vaginale, tant elle était aplatie par la tumeur.

L'opération est terminée par la marsupialisation dans la partie inférieure de l'incision abdominale de ce qui restait de la poche après cautérisation énergique préalable de la cavité pour détruire la muqueuse. Lavage du péritoine au sérum pour enlever le sang poisseux.

Suites opératoires simples. Pas de réaction péritonéale.

Malgré les injections irritantes faites dans la poche marsupialisée, celle-ci ne guérit point, et M. Delbet tenta une intervention secondaire : il créa une fistule vaginale qu'il substitua à la fistule abdominale. Cette opération fut pratiquée le 11 janvier 1902, et eut un plein succès.

Actuellement, 10 mars, la malade est en pleine santé : sa fistule abdominale est tarie et elle conserve seulement la fistule vaginale dont elle ne soupçonne pas même l'existence.

OBSERVATION XLI. — GAUTHIER

*Malformations très complexes : utérus didelphe vrai avec double vagin et double trompe de chaque côté. — A gauche hématomètre, hémato-colpos supérieur, hémato-salpinx d'une des trompes et hématome d'un des ovaires. — A droite, organes affaissés. — Ablation des deux utérus et de leurs annexes.**

Jeune fille de vingt ans, présentant toutes les apparences d'une santé robuste, sans aucune tare dans ses antécédents héréditaires.

Après une enfance banale, elle fut réglée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans, au mois de juillet 1903, et les trois premières époques se passèrent sans incidents. Mais au mois de novembre de la même année, elle fut prise de douleurs très vives immédiatement après ses règles. Depuis lors, les règles ne subirent aucune modification dans leur abondance, ni dans leur périodicité, mais furent chaque fois suivies d'une crise douloureuse durant plusieurs jours.

Après chaque crise, la malade revenait complètement à son état normal, et pouvait accomplir sans fatigue le travail qu'elle devait faire, étant placée comme servante chez un fabricant de limonade à la campagne.

Elle ne s'apercevait pas du développement de sa tumeur, qui

fut seulement reconnue lorsqu'elle alla consulter son médecin, le Dr Mudin, du Val d'Ajol, qui me l'adressa avec le diagnostic de kyste annexiel.

J'opérai cette jeune fille le 17 janvier 1906, ayant fait la même erreur de diagnostic que mon confrère et que les neuf dixièmes des auteurs, qui jusqu'à présent ont rencontré des utérus didelphes compliqués d'hématométrie.

L'opération fut extrêmement laborieuse. La malade guérit d'ailleurs sans aucun incident fâcheux, sauf une phlébite survenue le vingt-troisième jour, et sans rapport avec l'opération.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'un utérus didelphe tout à fait typique et complet ; chaque utérus possédant un vagin propre et un système annexiel complet.

Le vagin sain, très aplati et très allongé par le développement de la tumeur, mesurait environ 15 à 20 centimètres de longueur. Ce vagin ayant été sectionné transversalement, sa partie inférieure restée en place présente encore la longueur normale d'un vagin bien développé. Son segment supérieur, resté adhérent à la tumeur, mesure environ 8 centimètres de long. Il conduit à un col atrophié et infantile, auquel fait suite un utérus un peu petit, mais bien constitué. Cet utérus possède deux trompes très nettes, dont les pavillons sont tout à fait bien formés.

A une des trompes est annexé un ovaire de volume normal ; à l'autre, un ovaire rudimentaire ; sur le côté gauche de ce vagin et de cet utérus, existe un kyste qui leur est très adhérent jusqu'à mi-hauteur de l'utérus. Ce kyste est constitué par un second utérus, communiquant par un col assez largement ouvert avec un vagin également kystique.

Le second utérus possède lui aussi deux trompes, dont on peut nettement voir les orifices, en le regardant par sa face interne. Les deux trompes sont le siège d'altérations plus ou moins étendues. L'une est complètement injectée de sang, et il est probable que son ovaire, sans doute incomplètement développé est masqué par l'hématome.

L'autre trompe, au contraire, semble annihilée par le développement voisin d'un kyste hématique de son ovaire. Ce kyste

avait été ponctionné dès le commencement de l'opération. Il est aujourd'hui ratatiné au volume d'un ovaire qui serait un peu excessif, mais on voit encore très bien la trace de l'incision qui lui fut faite pour le vider. Entre les deux trompes existe un voile ligamenteux dans lequel cheminaient des vaisseaux.

Les artères utérines formaient, à droite et à gauche de la tumeur, un réseau sur lequel je fus obligé de poser deux à trois ligatures de chaque côté.

OBSERVATION XLII. — LORRAIN et BILLON

Utérus double. — Corne gauche hématométrique; hématosalpinx gauche. — Hystérectomie abdominale totale.

La malade entre à l'hôpital Saint-Joseph de Paris, pour des douleurs dans le bas-ventre. C'est une fermière âgée de trente-deux ans, réglée depuis l'âge de douze ans, régulièrement depuis. Les menstrues sont parfois accompagnées de coliques. Une grossesse à vingt-cinq ans, sept années après mariage. accouchement normal

A son entrée à l'hôpital, on trouve un col abaissé; dans le cul-de-sac latéral gauche, une masse présentant une sensation de fluctuation profonde, et, dans le cul-de-sac droit, une poche kystique peu volumineuse.

Hystérectomie abdominale totale. On trouve, à gauche de l'utérus, un kyste hématique du volume du poing; à droite, un second kyste beaucoup plus petit, également hématique.

L'utérus didelphe(?) est enlevé. Drainage. Guérison.

D'après l'examen macroscopique et histologique, il s'agissait d'un utérus double dont les deux cavités communicantes se sont oblitérées; il en est résulté un hématosalpinx du côté gauche, le sang des règles ne pouvant plus s'écouler au dehors.

OBSERVATION XLIII. — DUJON, De Moulins.

Utérus double, le gauche normal, le droit borgne interne avec hématomètre très douloureux. — Hématosalpinx droit. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

R... Marie, âgée de dix-sept ans, était une grande jeune fille, bien développée, l'avant-dernière de huit enfants, tous normaux.

Il y avait deux ans que les règles étaient apparues quand elle est venue nous trouver, et l'histoire des périodes menstruelles pendant ces deux années est pleine d'intérêt. Il faut noter d'abord l'irrégularité. Tantôt les règles venaient, tantôt elles ne venaient pas, avec une alternance plus ou moins régulière. Les premiers mois de la puberté se passèrent sans douleurs, malgré l'absence de régularité dans les menstrues. Mais ensuite la physionomie changea : pas de douleurs quand les règles venaient, mais douleurs violentes quand elles ne venaient pas, pendant plusieurs jours au moment présumé de l'époque menstruelle. Depuis huit mois, les phénomènes douloureux qui étaient intermittents devinrent permanents, et depuis deux mois ils s'exacerbèrent tellement qu'ils ne laissaient à la malade ni trêve ni repos. La douleur siégeait dans le bas-ventre, à droite, et s'irradiait vers le sacrum et le membre inférieur droit.

Le toucher vaginal donnait les renseignements suivants : le fond du vagin était rempli par une masse arrondie, tendue, qu'on sut par la suite être constituée par l'utérus droit. Le col tout petit, à bords effacés, à peine accessible, était refoulé très haut vers la gauche. Le petit bassin était libre à gauche, mais rempli à droite d'une masse irrégulière, douloureuse, grosse comme le poing.

L'interrogatoire et l'examen de la malade laissaient faire le diagnostic d'hématosalpinx ou de rétention sanguine par suite de malformations sexuelles.

L'opération consista en une hystérectomie abdominale totale. J'avais choisi la voie haute, la seule permettant de bien voir et d'agir complètement. Suites de l'opération normales; la malade part guérie au bout d'un mois.

La pièce enlevée montre qu'à gauche tout est normal, tandis qu'à droite la cavité utérine ne communiquant pas avec le vagin a été fortement dilatée par le sang accumulé, et même la paroi à la partie la plus saillante est tendue, amincie et se trouvait prête à éclater. Il faut noter également de ce côté la dilatation du pavillon de la trompe par un kyste hématique.

OBSERVATION XLIV. — BÆCKER.

Utérus didelphe. — Hématomètre et hématosalpinx gauches. — Laparotomie. — Hystérectomie totale. Mort de shock, ou de narcose chloroformique.

A L'AUTOPSIE : absence du rein et de l'uretère gauches.

Bäcker présente les pièces d'un utérus didelphe avec hématomètre et hématosalpinx gauche, obtenus par laparotomie chez une jeune femme de vingt-quatre ans.

Un an auparavant, la malade avait accouché, les règles survenaient toutes les quatre semaines régulièrement, duraient de deux à trois jours. La malade se plaignait depuis cinq ans d'une tumeur abdominale, lui occasionnant des douleurs dans les lombes et le bas-ventre; ces douleurs augmentaient d'intensité pendant les grossesses.

Au palper combiné, on perçut dans la moitié gauche du ventre une tumeur kystique et rénitente de la grosseur d'une tête d'enfant, dont la surface était inégale et bosselée, elle semblait adhérente à la portion supra-vaginale d'un corps utérin incliné à droite.

Laparotomie par le professeur Kezmarsky, pour le diagnostic de tumeur extra-utérine. Ablation très difficile de la tumeur. Durée de l'opération : deux heures et demie.

Mort le même jour avec apparences de *shock*.

A l'examen de la pièce, on s'aperçut qu'on avait enlevé un utérus didelphe dont la moitié gauche était atrésiée et que la tumeur était constituée par du sang épanché dans la moitié de l'utérus et de la trompe.

A l'autopsie, on s'aperçut de lésions de tuberculose pulmonaire, et de l'absence du rein et de l'uretère gauches. Si bien que la cause de la mort semble uniquement due à la narcose chloroformique.

Le cas est intéressant, car il s'agit d'un utérus didelphe chez une femme bien constituée qui avait eu quatre grossesses normales, alors que l'hématomètre gauche existait depuis cinq ans.

OBSERVATION XLV. — H. V. VINEBERG

Utérus didelphe avec énorme hématométrie dans la corne droite simulant un fibrome du col. — Hystérectomie totale.

Jeune fille de dix-huit ans, réglée depuis l'âge de quatorze ans, régulièrement toutes les quatre semaines, bien constituée, se plaignant de maux de rein.

Depuis quatre mois, douleurs pour uriner avec sensation de pesanteur à l'hypogastre. Rien d'anormal aux organes génitaux externes, ni au vagin. Par le palper bimanuel, on trouve une tumeur globuleuse, de la grosseur d'une noix de coco, occupant toute la portion antérieure du bassin, et repoussant le cul-de-sac antérieur du vagin. Cette tumeur était difficilement mobilisable et avait l'aspect d'un utérus. Au spéculum, on trouve un petit orifice circulaire situé sur le côté gauche de la tumeur. Une sonde introduite pénètre à gauche à une profondeur de trois pouces.

Diagnostic. — Gros myome sous-muqueux occupant la partie inférieure de la cavité utérine et dilatant le canal cervical.

Intervention. — Laparotomie; les deux cornes utérines sont toutes deux complètement développées, mais la corne utérine

droite est la plus volumineuse. D'un col commun en apparence prend naissance une tumeur de la grosseur précédemment décrite. Section de chaque côté des vaisseaux ovariens et du ligament rond. Incision du repli péritonéal vésico-utérin et décollement de la vessie sur la face antérieure de la tumeur. Le point de départ de celle-ci reste toujours inconnu. Pour plus de facilité, on incise la tumeur; il s'écoule aussitôt une grosse quantité de sang noir, ce qui éclaire le diagnostic. Les deux utérus et les deux cols sont enlevés. La pièce montre qu'il s'agit d'un corps utérin double, chacun possédant trompe ovaire et canal cervical complet, mais le col droit n'est percé d'aucun orifice. Guérison sans incidents.

TRAITEMENT

INDICATIONS OPÉRATOIRES

L'indication opératoire, dans ces cas d'hématométrie compliquant la bifidité utérine, est fournie par les symptômes douloureux de l'affection et ses complications possibles.

Les phénomènes douloureux sont manifestement commandés par la menstruation. Celle-ci peut n'exister que dans l'utérus perméable et n'apparaître que plus tardivement dans l'utérus atrésié, ce qui explique l'apparition quelquefois tardive des douleurs (obs. VII et VIII). Mais dès que la menstruation se produit dans le segment fermé, les douleurs font leur apparition et vont en augmentant d'intensité.

Au début, les douleurs sont périodiques comme les règles, offrant les caractères propres aux hématométtries unilatérales, ce qui les distingue des autres dysménorrhées, à savoir la persistance des douleurs après l'établissement et même après la cessation du flux sanguin.

Ces phénomènes sont par eux-mêmes assez douloureux pour être une véritable indication opératoire.

Mais ce sont surtout les complications possibles, fort redoutables, qui obligent le chirurgien à intervenir.

Ces complications découlent de ce fait que l'hémato-

métrie suit une marche progressive, que l'accroissement de la tumeur sanguine bien que lent, et par étapes successives, ne paraît jamais susceptible de régression à moins d'un arrêt de la menstruation.

Les accidents de compression des organes de voisinage par une tumeur volumineuse sont rares ; ils seraient toutefois plus fréquents dans l'hématocolpos que dans l'hématomètre.

Plus grave est la rupture de cette tumeur utérine ; cette rupture peut se faire soit dans le vagin, soit dans la cavité utérine voisine, soit dans la vessie, le rectum, l'intestin, soit même dans le tissu cellulaire du ligament large.

Mais la conséquence la plus habituelle de l'hématométrie semble être l'apparition, au bout d'un certain temps, d'un hématosalpinx unilatéral, ayant pour cause le plus souvent le regorgement du sang contenu dans l'utérus : c'est l'ancienne théorie du reflux d'Aran et de Bernütz. Nous savons qu'elle a été quelque peu abandonnée et que Saenger et d'autres admettent une exhalation sanguine par hyperémie de voisinage. Il faut bien admettre cette seconde cause pathogénique de l'hématosalpinx, car elle explique pour certains cas l'apparition d'hématomes, au niveau de l'ovaire, dans l'épaisseur du ligament large, et même dans l'épiploon ou encore, ce qui est plus rare, dans le ligament rond (Halban, obs. XVII).

Cet hématosalpinx constitue donc bien par lui-même une véritable indication opératoire, car il est le point de départ d'une partie des douleurs périodiques et de poussées péritonéales de voisinage ; de plus, par son

volume qui dépasse souvent largement celui de la rétention utérine, il amène des troubles de compression.

L'hématosalpinx paraît beaucoup plus fréquent dans les cas d'hématométrie, d'origine congénitale, que dans les hématométries acquises (Hofmeier) ; on doit, en principe considérer sa présence comme habituelle dans les cas d'hématomètres liés à la bifidité de l'utérus.

Mais le grand danger de l'hématosalpinx réside dans son infection et sa rupture à la suite des interventions incomplètes, particulièrement par la voie vaginale. Nous avons déjà parlé de ce danger dans la première partie de cet ouvrage, à propos du traitement des imperforations de l'utérus unique.

Un des accidents possibles des rétentions sanguines dans un utérus dédoublé est la transformation d'un hématomètre en pyomètre et d'un hématosalpinx en pyosalpinx. Cette transformation peut se produire en dehors des interventions incomplètes, spontanément à la suite d'une infection génitale banale (blennorrhagie, fièvre puerpérale).

De toutes ces considérations découle l'indication formelle de l'intervention.

MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

Doivent-elles être vaginales ou abdominales ?

INTERVENTIONS VAGINALES

Nous donnons la préférence aux interventions abdominales dont nous avons rapporté les observations, mais

il est nécessaire de raconter brièvement l'histoire des interventions vaginales.

Elles comprennent la ponction ou l'incision ; elles doivent être abandonnées et le sont actuellement.

Ces méthodes vaginales ont été longuement étudiées et discutées dans la thèse de Gross.

1° LA PONCTION. — Elle a donné des résultats déplorables, mais il faut reconnaître que les interventions remontent à la période préantiseptique. Les observations de ponction, rapportées par Gross, donnaient une mortalité de 52 pour 100 avant 1880, et seulement de 22 pour 100 de 1880 à 1900 ; sans doute la mortalité serait encore très diminuée aujourd'hui, mais ce qui doit faire condamner la ponction, c'est qu'elle constitue un traitement insuffisant ; on ne peut plus y avoir recours exceptionnellement que dans un but explorateur ou palliatif.

Cette méthode s'est, en effet, montrée très insuffisante, et il ressort nettement des observations réunies par Gross qu'une première ponction devait être suivie de ponctions successives ou de débridement. Quant à son danger, il résulte de l'infection et de la suppuration secondaire après évacuation incomplète du contenu hématique. Il n'existe pour ainsi dire pas de guérison durable par la ponction simple, même répétée.

2° L'INCISION. — Nous ne pouvons condamner avec le même ostracisme l'incision vaginale ; en effet, pratiquée avec méthode et prudence dans les cas convenables, elle n'offrirait aucun danger, mais pour qu'elle

soit efficace, c'est-à-dire n'exposant pas à la récidue, il faudra une incision large ou même une excision de la cloison intervaginale, ou de la paroi du segment inférieur de la corne utérine hématométrée. Il faudra mieux encore, suivant le procédé de Schroeder, suturer la muqueuse de la poche utérine à la muqueuse de la poche vaginale, ou celle des deux cavités vaginales ensemble en cas d'hématocolpos.

Si nous en venons aux faits, c'est-à-dire aux observations citées dans la thèse de Gross, nous voyons que si, antérieurement à 1871, l'incision a donné 3 morts sur 14 observations, soit une mortalité de plus de 20 pour 100, 9 cas plus récents n'ont été suivis d'aucun décès. Quant aux résultats durables, sur 23 observations traitées par l'incision, 18 fois une intervention unique a suffi; dans d'autres cas, au contraire, il a fallu recourir à un débridement ultérieur.

Le grand inconvénient de l'incision de l'hématométrie par le vagin est de laisser subsister l'hématosalpinx quand il existe; or, Gross a relevé cette complication dans un tiers de ses observations. La rupture de l'hématosalpinx s'est produite pendant l'opération et probablement sous l'influence des pressions faites pour assurer l'évacuation de la collection hématométrique. Elle peut se produire également après infection de l'hématosalpinx.

Pour empêcher cette grave complication d'éclater, certains chirurgiens ont pratiqué en même temps une salpingectomie. Cette conduite a été couronnée de succès dans les cas où elle fut employée.

L'incision vaginale n'a, somme toute, qu'une seule

indication précise : c'est la suppuration de la poche hématométrique.

INTERVENTIONS ABDOMINALES

Comme le montrent nos observations, c'est à des interventions multiples et variées que se sont adressés les chirurgiens pour traiter la même affection : l'hématométrie liée à la duplicité du canal génital.

A. — L'hémihystérectomie.

1^o CORNES RUDIMENTAIRES PÉDICULÉES. — Les cas les plus simples au point de vue opératoire sont les cas où l'on trouve, à côté d'un utérus perméable et semblant normal, une corne rudimentaire devenue hématométrique.

Cette tumeur peut être rattachée à l'utérus par un pédicule, sorte de tractus fibro-musculaire plein ou atrésié. Dans ces cas, l'opération qui s'impose consistera dans la section de ce cordon et l'ablation de la tumeur hématométrique (obs. VIII, IX, X, XI, XII).

Souvent, d'ailleurs, ces hématométries sont prises pour des annexites et demandent à être traitées aussi simplement, c'est-à-dire par l'extirpation.

La tumeur constituée par l'hématomètre est, en général peu volumineuse et varie depuis le volume d'une noix à celui d'une orange.

2^o CORNES RUDIMENTAIRES SESSILES. — Dans ces cas, il n'existe plus, comme précédemment, un pédicule allongé reliant l'utérus normal à la corne hémato-

métriée. Celle-ci est presque adhérente à l'utérus (obs. VII), et quelquefois même enclavée dans l'épaisseur de la paroi de l'utérus normal (obs. XVI).

L'ablation de cette corne rudimentaire se fera en général facilement, et l'intervention pratiquée sera très comparable à une myomectomie pour fibrome sous-péritonéal et sessile.

Le pédicule plus ou moins large devra être traité comme un pédicule de fibrome myomectomisé; il faudra réparer la brèche faite par une ou deux sutures au catgut, sans oublier qu'une grossesse peut, à la rigueur, se développer dans l'utérus perméable qu'on laisse, aussi la suture devra être telle qu'il n'en résulte pas un point faible dans la paroi de cet utérus conservé pouvant exposer à des accidents de rupture.

Nous avons rangé ces interventions dans le groupe des hémihystérectomies, bien que certains auteurs, tels que Quénu, réservent plutôt ce titre à l'ablation d'un utérus bien constitué, tel que l'utérus didelphe, et ne veulent pas l'appliquer à l'ablation simple d'une corne rudimentaire.

Cependant, ces cornes sont une ébauche d'utérus, elles sont munies d'annexes parfois atrophiées, mais reconnaissables, et même, quelquefois, parfaitement développées.

3^o CORNE UTÉRINE NORMALEMENT DÉVELOPPÉE. — Dans ces cas on n'a plus affaire à une petite cavité incluse dans une masse du tissu fibro-musculaire, mais à une véritable cavité utérine. L'occlusion qui a donné naissance à l'hématomètre peut siéger à l'isthme, à l'origine externe

du col, enfin à la partie haute d'un vagin cloisonné. Ces types divers présentent des difficultés opératoires très graduées qui entraînent des techniques fort différentes.

Si l'on suppose que l'atrésie congénitale s'est produite au niveau de l'isthme, on aura, en somme, une opération facile que l'on terminera par une section au niveau de l'isthme utérin, et qui sera conduite comme une hystérectomie subtotale pour fibromes. Le professeur Quénu, dans un article important, s'est longuement étendu sur cette question du choix entre l'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale, dans les cas d'utérus didelphes ; c'est le siège de l'imperforation du canal cervical qui dictera le mode opératoire.

Dans les cas les plus habituels, l'occlusion siège au niveau de l'orifice externe du col, par suite, la cavité cervicale est distendue, et, à cause de la minceur de ses parois, elle présente des dimensions très supérieures à celles de la cavité utérine elle-même aux parois plus épaisses. Il en résulte une disposition piriforme de l'hématomètre ; la partie la plus distendue correspondant précisément à la région cervicale est enfouie dans le bassin, et, par suite de sa distension, elle contracte souvent des adhérences avec des organes voisins et change les rapports de ceux-ci. L'utérus perméable est rejeté du côté opposé, souvent refoulé dans le ventre, méconnaissable.

Ce développement de l'hématomètre cervical peut être tel qu'il crée de nouvelles indications. L'énorme tumeur due à la distension du col devient impossible

à énucléer par le ventre, et alors on est amené ou à des opérations complexes abdomino-vaginales dont nous parlerons plus loin, ou à l'hystérectomie totale. Jusqu'à maintenant, nous n'avons envisagé que les cas où une hémihystérectomie fût possible.

TRAITEMENT DE L'HÉMATOSALPINX CONCOMITANT. — Dans ces dix-sept observations d'hémihystérectomie, l'hématosalpinx est moins fréquent que dans celles réunies d'autre part sous les titres de salpingectomie ou d'hystérectomie totale.

La raison en est, qu'on a fait particulièrement les hémihystérectomies dans les cas simples de cornes rudimentaires, or c'est dans ces cas que l'hématosalpinx est relativement rare ; il devient plus fréquent quand l'utérus hématométrisé est volumineux. D'autre part, plus la corne utérine est rudimentaire, moins il existe de communications de celle-ci avec la trompe.

Parmi ces observations d'hémihystérectomies, sept fois seulement des hématosalpinx sont signalés (obs. VIII, X, XII, XVIII, XIX, XX et XXI). Le traitement de cette complication consiste dans l'ablation des annexes malades. Elle sera facile à faire quand l'hématosalpinx est peu volumineux. Est-il, au contraire, considérable (obs. X, XXI), il peut masquer les autres lésions et compliquer considérablement l'opération.

Rappelons, à ce sujet, l'observation du professeur Gross, qui est une bonne description de l'intervention dans ces cas complexes (obs. XXI).

« A l'ouverture du ventre, l'épiploon se présente

adhérent à la face antérieure de la tumeur ; on libère péniblement ses adhérences ; on tombe alors sur une

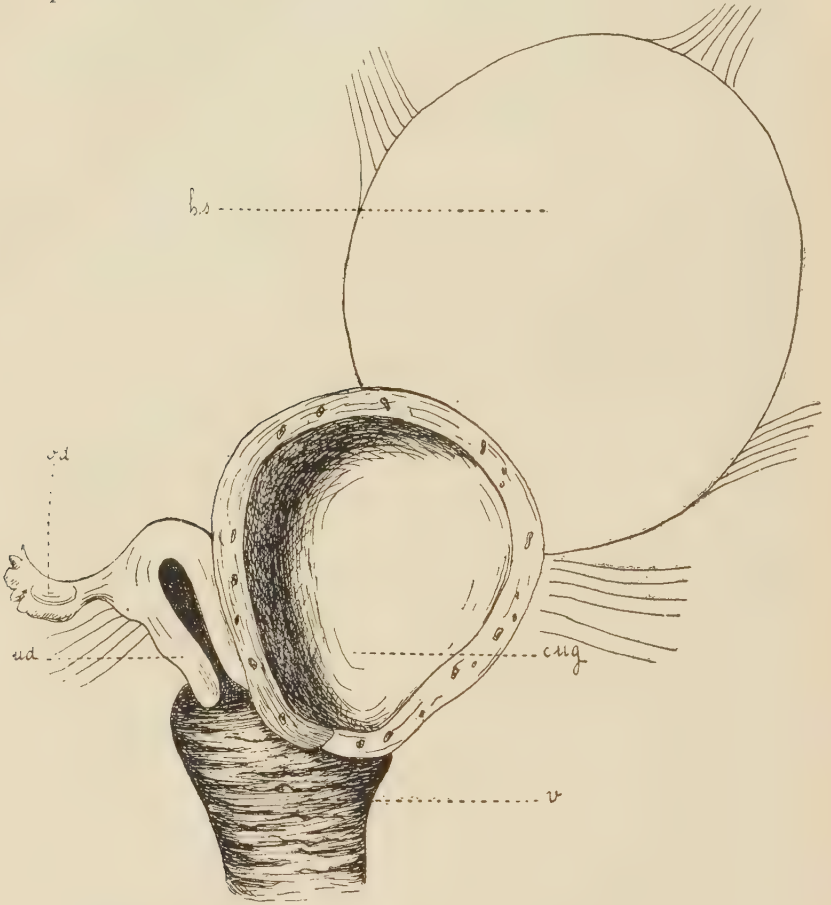


FIGURE 22. — *Utérus double — Hématométrie latérale.*

Hématosalpinx (figure schématique) (Gross).

ud, utérus droit. — od, ovaire droit. — v, vagin.
cug, cavité utérine gauche. Hématométrie. — hs, hématosalpinx gauche.

tumeur lisse, d'aspect rouge noirâtre, de consistance ferme mais rémittente, non seulement adhérente à l'épiploon, mais aussi à une anse de l'intestin grêle.

« La tumeur se déchire pendant son décollement et il s'écoule une matière noirâtre épaisse dont on s'efforce de limiter l'écoulement dans la cavité péritonéale. C'est en continuant à décoller les adhérences de cette tumeur qu'on reconnaît sa nature, c'est-à-dire un énorme hématosalpinx. Cela fait, on constate qu'au-dessous de cette première tumeur, il en existe une seconde plongeant profondément dans le bassin, adhérente de toutes parts ; puis on reconnaît à côté d'elle, sur la droite, une troisième tumeur présentant tous les caractères d'un corps utérin de dimensions normales. On s'occupe alors de la tumeur pelvienne que l'on croit être un fibrome intraligamentaire juxta-utérin ; elle est en partie masquée par la vessie adhérente. On libère la tumeur, soit du côté de la vessie, soit du côté du Douglas, soit du côté de la paroi pelvienne. On reconnaît enfin que la tumeur tient intimement au bord gauche du corps utérin ; on l'en sépare aux ciseaux courbes. Dans la profondeur du bassin, vers la base de la tumeur, se produit une fissure qui laisse écouler de nouveau un liquide épais, séreux, noirâtre, et que l'on reconnaît alors être un utérus latéral hématométrique ; on parvient à l'enlever en le détachant du vagin. Il reste ensuite une vaste plaie béante dans le bassin que l'on draine ou que l'on péritonise. »

Cet exemple donne bien le tableau des difficultés que l'on rencontre dans ces cas complexes de gros utérus hématométriques avec volumineux hématosalpinx.

La difficulté est accrue de ce fait que, dans ces cas, le diagnostic est très difficile ou impossible avant

l'opération et même qu'il ne se complète au cours de celle-ci que par la rupture des poches hématiques successives.

5° L'HÉMIHYSTÉRECTOMIE a dû, dans quelques cas les plus difficiles (obs. XIX, XXIII), être complétée par un temps vaginal, fait dans la même séance opératoire ou dans une séance ultérieure ; c'est ainsi que Quénu, après avoir fait une hémihystérectomie supra-vaginale, dut dans une opération secondaire drainer et fistuliser par le vagin un hématomètre persistant de la cavité cervicale.

Avant de passer à d'autres interventions, rappelons un cas unique d'hémihystérectomie par voie vaginale, qui fut suivie d'une guérison durable (Abel).

B. — Salpingectomies.

1° SALPINGECTOMIE UNILATÉRALE AVEC INCISION DE L'HÉMATOMÈTRE PAR LE VAGIN. — A côté de l'hémihystérectomie existe une autre manière d'agir permettant de conserver également l'utérus sain et d'assurer le fonctionnement génital : c'est la salpingectomie unilatérale, c'est-à-dire l'ablation de l'hématosalpinx, sans ablation de l'utérus du même côté.

Chez une malade, Calmann s'était contenté de faire une salpingectomie, mais, malgré la suppression de l'ovaire correspondant à la cavité utérine atrésiée, les phénomènes douloureux persistèrent, ce qui semble prouver que l'exhalation sanguine menstruelle s'était continuée sous l'influence de l'autre ovaire. Calmann fut alors obligé, pour guérir complètement cette malade,

de faire l'ablation de la corne utérine, siège de l'hématométrie (obs. XIII).

En 1882, Schroeder préconisa la salpingectomie unilatérale combinée à l'ouverture de l'hématométrie par le vagin; cette méthode conservatrice a donné des



FIGURE 23. — *Utérus double. — Hématométrie latérale* (Vignard).
ud, utérus droit. — *ug*, utérus gauche. — *otg*, ovaire, trompe gauches.
hs, hématosalpinx droit.

guérisons à Schroeder, Vignard, Withauer et Fuld (obs. XXIV, XXV, XXVI, XXVII).

Cette opération est moins parfaite que l'hémihystérectomie, mais elle pourra rendre des services quand l'ablation de l'utérus hématométrique paraîtra trop difficile ou contre-indiquée pour une raison quelconque.

2° SALPINGECTOMIE UNILATÉRALE. — Après Calmann, elle fut faite par Berthomier, à qui nous devons une observation très intéressante. Il s'agissait d'un utérus didelphe sans hématométrie appréciable, mais avec volumineux hématosalpinx. Berthomier se contenta de l'ablation de celui-ci, ablation qui fut très laborieuse. Il admettait, d'ailleurs, que l'utérus quoique imperforé n'était pas hématométrique, ou plutôt que sûrement sa cavité ne communiquait pas avec le péritoine par suite de l'oblitération de la trompe à 1 demi-centimètre de la corne utérine (cette oblitération avait été constatée au moment de la section). La malade cessa de souffrir et, deux ans après, menait à bien une grossesse (obs. XXVIII).

3° SALPINGECTOMIES BILATÉRALES. — Ce n'est plus une opération conservatrice, mais une opération radicale que l'ablation bilatérale des annexes, c'est-à-dire la castration.

En arrêtant la production des règles et en établissant la ménopause anticipée, elle doit évidemment empêcher l'hématomètre de s'accroître ou de se développer à nouveau, si auparavant l'évacuation de la poche a été obtenue. Cette opération fut pratiquée par Léopold, Stratz et Saenger (obs. XXIX, XXX, XXXI). Elle a pour elle sa très grande facilité et par suite une très grande bénignité ; elle pourrait être indiquée chez des malades à l'état général mauvais qui ne supporteraient pas une opération de longue durée.

C. — Laparotomie avec marsupialisation de la poche.

Parmi les opérations conservatrices, il faut citer encore quelques cas de laparotomie avec marsupialisation de la poche hématométrique ou de l'hématosalpinx.

C'est évidemment une méthode peu recommandable à laquelle on n'aura recours que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Les deux indications principales sont le développement exagéré des adhérences s'opposant à l'extirpation de la poche ou la suppuration de celle-ci.

Howitz traita ainsi un hématomètre dans une corne rudimentaire, qui ne put être enlevé en raison de ses adhérences intimes avec les organes voisins.

Trzebicky marsupialisa une volumineuse poche hématométrique en laissant l'hématosalpinx concomitant se vider spontanément par un large orifice qui les faisait communiquer l'un avec l'autre.

Frœhlich, se trouvant en face d'une hématométrie bilatérale dans un utérus bicorne avec imperforation du vagin, extirpa la corne gauche la moins distendue et marsupialisa la corne droite qui l'était davantage.

Dans ces trois cas, on dut établir ultérieurement une communication fistuleuse par le vagin : c'est avouer que la marsupialisation n'avait pas suffi pour amener la guérison.

Delbet dut également terminer une hystérectomie qu'il aurait voulu faire totale par la marsupialisation d'un énorme hématomètre qui descendait jusqu'à la vulve. Secondairement, il fut obligé de recourir à une opération vaginale (obs. XL).

D. — L'hystérectomie abdominale.

1^o INDICATIONS OPÉRATOIRES. — L'hystérectomie abdominale doit être un peu considérée comme une méthode de nécessité, inférieure en théorie à l'hémihystérectomie, qui permet de conserver l'utérus normal.

Les indications en sont fournies par certaines variétés d'utérus doubles, où il y a accolement intime des deux corps malgré la persistance des deux cavités et aussi très souvent par des difficultés opératoires, même dans des utérus à corps bien séparés.

Nous avons d'abord un cas unique d'hématométrie double avec double hématosalpinx, celui de Bouman, où il était tout naturel d'enlever les deux organes hématométriques puisqu'on devait enlever les deux trompes (obs. XXXV). Rappelons cependant le cas d'Halban qui, pour un utérus double avec corne rudimentaire non hématométrique et hématomètre de l'utérus le mieux constitué, n'a pas hésité à enlever la corne rudimentaire et à conserver la corne hématométrique en faisant l'hystéro-élytrostomie (obs. IV).

Parmi les cas d'hématométrie unilatérale, ceux qui nécessitent à plus juste titre l'hystérectomie totale sont ceux appartenant à des utérus biloculaires, où il est impossible de séparer les deux utérus qui sont fusionnés, car un simple septum sépare les deux cavités (obs. XXXVI).

Il en est à peu près de même des utérus bicornes où il est très difficile de séparer la cavité hématométrique de celle qui ne l'est pas (obs. XXXVII, XXXVIII, XXXIX).

D'ailleurs, même dans les cas d'utérus didelphe, l'hystérectomie a été la seule opération possible à cause des difficultés opératoires. Celles-ci proviennent surtout des adhérences ou de l'hématosalpinx qui, lorsqu'il est trop volumineux, dissimule l'utérus sain.

Bäcker rencontra de telles difficultés que son opérée mourut de shock après une opération très laborieuse de deux heures et demie ; une hémihystérectomie n'aurait pu que compliquer davantage son intervention (obs. XLIV).

Delbet eut affaire à un hématomètre du volume d'un utérus gravide de six mois qui descendait jusqu'à la vulve. Le petit utérus sain, comprimé, élevé dans l'abdomen, ne formait plus qu'un relief sur la tumeur principale (obs. XL).

Nous retrouverons dans un autre chapitre (p. 177) l'hystérectomie abdominale totale avec d'autres indications fournies par des lésions bilatérales des annexes ou par une dégénérescence d'un des corps utérins.

2° MANUEL OPÉRATOIRE. — L'ablation abdominale d'un utérus double se fera suivant les techniques habituelles de l'hystérectomie, car le manuel opératoire ne sera modifié que par quelques détails secondaires.

On sait, en effet, que si les deux utérus sont séparés l'un de l'autre au niveau de leur bord interne, leur bord externe ne présente pas le plus souvent de modifications appréciables. La vascularisation n'est pas modifiée, les artères utérines ne se dédoublant pas.

Par contre, il faut signaler les inclinaisons quelquefois très accentuées de ces deux utérus, l'un par rapport à l'autre ; leurs fonds peuvent être séparés par un intervalle de plus de 12 centimètres.

Il résulte quelquefois de ce fait un raccourcissement et un épaissement du ligament large, qui enlèvent à l'utérus sa mobilité.

Il faut insister aussi sur l'existence d'une *cloison*



FIGURE 24. — *Utérus bicorne avec fibromes interstitiels.*
Bride vésico-rectale (Piquand).

vésico-rectale médiane, s'étendant du rectum à la face postérieure de la vessie, et partageant le bassin en deux loges, l'une droite, l'autre gauche. C'est particulièrement dans les utérus bicornes et pseudodidelphes que l'on rencontre cette cloison ; elle affecte ordinairement la forme d'un triangle, de sorte qu'on peut lui considérer trois bords et deux faces. Le bord postérieur s'attache sur le rectum, tantôt sur la ligne médiane, tantôt en dehors de cette ligne ; à ce niveau les deux

feuillet qui la constituent semblent se séparer pour entourer le rectum. Le bord antérieur s'insère sur la face postérieure de la vessie, souvent un peu obliquement. Le bord supérieur, libre, présente presque toujours un aspect falciforme. L'extrémité inférieure de cette cloison vient se fixer dans l'angle rentrant formé par la réunion des deux corps utérins. Plus rarement, comme dans les cas de Dupuytren et de Sécheyron, la cloison rectovésicale se termine en bas par un bord libre qui reste à 1 centimètre au-dessus du cul-de-sac inter-utérin. Le développement de cette cloison est très variable : dans un cas de Piquand elle mesurait 7 à 8 centimètres; elle atteignait 12 centimètres dans les cas de Dupuytren et d'Ollier. Dans l'épaisseur du tissu cellulaire se trouvent en général deux petites artérioles : Piquand et Ombredanne durent en faire la ligature ¹.

Fochier², présentant un utérus, bifide fibromateux, enlevé par voie vaginale, insiste sur les difficultés qu'il a rencontrées par suite de l'immobilité de l'utérus jusqu'au moment où cette sorte de sangle a été sectionnée; il insiste également sur ce que les ligaments larges étaient très courts et s'opposaient aussi à la mobilisation de l'utérus, et cependant sa malade avait eu deux grossesses antérieures heureusement terminées. Ces difficultés signalées par Fochier nous montrent une fois de plus les avantages de la voie abdominale pour les interventions d'utérus bifides.

¹ G. Piquand, Anatomie et développement des utérus doubles (*Revue de Gynécologie* 1910, t. II, p. 426).

² Fochier, *Bulletin de la Soc. de Chir. de Lyon*, juillet 1901.

Dans l'observation du professeur A. Pollosson, il s'agit d'un hématomètre cervical très volumineux bombant dans le vagin ; une intervention basse semblait impossible, et c'est la voie haute qu'employa l'opérateur. Malgré le volume assez considérable de l'hématomètre, son extirpation totale peut être faite sans ouverture de la poche (obs. XXXVII). Delbet dut se contenter de marsupialiser la poche inférieure pour un cas analogue.

D'autres difficultés exceptionnelles peuvent tenir à la *concomitance de malformation des organes urinaires*. Dans son remarquable article, Piquand cite les cas de Fraenkel, Meyer, Depaule, Puech, etc., où les deux conduits utéro-vaginaux complètement indépendants étaient séparés par les uretères et par le rectum adhérent en avant à la vessie.

Cette disposition ne s'est retrouvée sur aucun des malades opérés dont nous présentons les observations ; il n'est cependant pas indifférents pour le chirurgien de savoir la possibilité de l'interposition de ces organes.

Plus souvent, du côté de la corne la moins développée il peut y avoir absence d'un rein et de son uretère. Le fait est assez connu pour que Halban conseille de faire la cystoscopie préalable pour se rendre compte de l'existence ou de l'absence d'un méat urétéral. Dans deux observations nous voyons l'absence de voies urinaires d'un côté être cause d'accidents graves. Bäcker perdit sa malade de shock ou de narcose chloroformique après une opération très difficile ; la malade était tuberculeuse et n'avait qu'un rein (obs. XLIV).

Le professeur Jaboulay s'est trouvé devant la même malformation, dans un cas de cancer développé sur un utérus bicorne ; la disposition de l'uretère unique était telle que sa section ne put être évitée, d'où anurie nécessitant deux tentatives de néphrostomie.

Rappelons, sans y insister aucunement, que l'utérus double peut être accompagné non seulement de malformations des organes urinaires mais de toutes espèces de malformations qui ont quelquefois aidé au diagnostic (Bérard, obs. XLVII).

RÉSULTATS

Il semble très difficile d'établir une statistique d'ensemble sur les interventions abdominales pour malformations utérines. Les cas sont, en effet, trop dissemblables pour cela.

Ayant parlé précédemment des résultats obtenus pour des imperforations de la région cervicale, nous nous contenterons maintenant d'envisager les suites opératoires des malformations utérines liées à la bifidité.

Les résultats sont, soit immédiats, soit éloignés et fonctionnels. Seules, les hémihystérectomies, opérations conservatrices, sont intéressantes à étudier au point de vue du résultat fonctionnel. Il est facile d'admettre que les hystérectomies totales, les castrations donnent des succès complets et durables ; malheureusement, comme le dit Halban, ces interventions radicales ne conservent pas à la femme ses caractères sexuels, et c'est précisément ce qu'il importe de sauvegarder.

Dans les dix-sept observations d'hémihystérectomies, la guérison, disent les auteurs, a été entière et durable. Les suites opératoires furent toujours simples; la menstruation survint le plus ordinairement normalement au jour attendu; elle ne fut plus douloureuse.

Une grossesse ultérieure est même signalée (obs. XXVIII) chez une jeune opérée par Berthomier, et qui avait subi une salpingectomie unilatérale. Si nous connaissons ce cas intéressant, qui n'avait pas été signalé, c'est grâce à l'obligeance du D^r Berthomier, à qui nous avons demandé quelques détails sur sa première intervention.

Il est probable que d'autres malades ayant subi une hémihystérectomie ont eu des grossesses ultérieures; rien ne s'y oppose d'ailleurs; elles sont jeunes, et leur second utérus est bien constitué; malheureusement, ces suites à longue échéance ne sont que rarement données; il serait intéressant pourtant de les connaître, toutefois, l'hémihystérectomie n'a pas besoin de cette confirmation pour rester l'intervention idéale qu'il faut pratiquer quand les circonstances s'y prêtent.

Les cas de mort que nous connaissons s'observent surtout à la suite des hystérectomies totales; il est à noter que dans tous on trouve d'autres malformations concomitantes, et, en particulier, des malformations des organes urinaires (Bäcker, Jaboulay, Dionis du Séjour¹).

¹ Dionis du Séjour, Utérus unicorne avec absence congénitale probable du rein du même côté; hydronéphrose du rein du côté opposé. Laparotomie. Mort (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1906, p. 647).

CHAPITRE II

UTÉRUS DOUBLES, DOULOUREUX, SANS HÉMATOMÉTRIE

OBSERVATION XLVI. — GOULLIQUET

Utérus rudimentaire bipartitus *Ablation abdominale de cet utérus.*

M^{lle} M. F..., Bavaroise, gouvernante dans une famille de la Côte-d'Or, entre à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, le 15 février 1904, pour des douleurs dans le bas-ventre.

Son père est mort à cinquante-trois ans de la fièvre typhoïde, sa mère est bien portante. Rien à noter chez ses frères et sœurs.

La malade a commencé à souffrir à treize ans, à l'âge de l'établissement de la menstruation. Tous les huit jours, elle ressentait de violentes douleurs dans le bas-ventre, analogues à des coliques et s'accompagnant de vomissements et de douleurs dans les reins. La crise durait un jour environ.

Cet état persista pendant deux ans; il n'y eut jamais d'écoulement sanguin vaginal, mais la jeune fille avait des hémorragies supplémentaires pulmonaires et nasales. Ces hémorragies étaient très régulières, survenaient toutes les trois ou quatre semaines et duraient trois jours.

Les trois années suivantes, c'est-à-dire de quinze à dix-huit ans, la malade ne souffrit plus dans le ventre. Elle ressentait seulement très rarement quelques lancées douloureuses et passagères, mais les hémorragies supplémentaires continuèrent à être très régulières.

Depuis deux ans, c'est-à-dire de dix-huit à vingt ans, les

douleurs ont réapparu. Elles se montrent tous les quinze jours environ : points dans le ventre, douleurs dans les reins ; céphalée. Ces crises douloureuses durent deux ou trois jours. Les hémorragies supplémentaires se montraient toujours pendant cette période.

Depuis trois mois, la malade souffre continuellement. Sa maîtresse qui l'accompagne dit que par moments elle éprouvait des douleurs comme une femme qui accouche.

Les hémorragies supplémentaires n'ont paru qu'une fois ; elles sont remplacées par des bouffées de chaleur qui congestionnent le visage.

L'état général est satisfaisant.

L'abdomen est souple, mais les régions ovariennes sont très douloureuses à la palpation.

Le toucher vaginal ne peut être pratiqué, car le doigt est immédiatement arrêté par un cloisonnement.

Toucher rectal. — Le doigt rectal et le doigt abdominal se rencontrent à travers la paroi intestinale et la peau, immédiatement au-dessous de la vessie. Il n'y a donc pas de canal vaginal.

Au bout de l'index rectal, on sent une sorte d'arcade transversale réunissant les sommets des ligaments larges. Sur la ligne médiane, on ne sent pas d'utérus, mais on perçoit un petit corps dur, gros comme un haricot et qui doit être un utérus rudimentaire. A gauche, un autre petit corps très sensible doit correspondre à l'ovaire. A droite aussi, on sent une bride allant du rudiment de l'utérus aux annexes sensibles au toucher.

Dans la pensée de découvrir dans un point de ces organes génitaux rudimentaires un hématome minuscule, responsable des douleurs comme dans les deux observations précédentes, je proposais une intervention,

Laparotomie le 19 février 1904. — On découvre la malformation utérine décrite sous le nom d'*uterus bipartitus*. Un petit corps dur, moins gros qu'une noisette, occupe la place de l'utérus ou plutôt du col, au milieu du petit bassin.

De son fond partent deux cornes qui interceptent entre elles un espace vide en forme de V et s'élèvent comme deux antennes

jusqu'au voisinage des annexes très reconnaissables, ovaires et trompe.

Le ligament rond a son trajet habituel raccourci ; la trompe mince s'enroule autour de l'ovaire qui paraît normal. On décide d'enlever ce qui représente l'utérus, ses cornes et les trompes, mais de conserver les ovaires. On commence donc par séparer chaque trompe de l'ovaire correspondant, en sectionnant le mésosalpinx ; l'ovaire conserve ainsi sa vascularisation. Puis la section est poursuivie sur le ligament large, en suivant la ligne d'insertion sur le bord externe de chaque corne utérine. Ligature du ligament rond, des utérines atrophiées. Péritonisation des ligaments larges sectionnés. Pas de drainage.

Examen de la pièce (fig. 5). — Le moignon qui correspond au col utérin est aplati dans le sens antéro-postérieur.

Il laisse reconnaître sa formation par deux petits cylindres pleins, largement accolés. Ce moignon, presque complètement enlevé, mesure 2 centimètres de haut sur 1 centimètre et demi de large. La corne droite a 9 centimètres et demi de long, la gauche 7 centimètres seulement.

Chacune d'elles s'étrangle à son extrémité cervicale et se renfle en massue à son extrémité opposée. Les trompes ont leur longueur normale ; leur pavillon est bien formé.

Contre toute attente on ne trouve, ni dans le moignon utérin, ni dans les cornes, ni dans les trompes aucune cavité. Il faut donc renoncer à croire que les douleurs fussent dues à l'enkystement d'un petit hématome minuscule.

A l'examen histologique, le tissu des rudiments de l'utérus est du fibromyome avec cette particularité qu'il présente un grand nombre de vaisseaux à parois épaisses.

Les suites opératoires ont été un peu mouvementées : les premiers jours, le pouls ayant dépassé 120 une fois et la température ayant très passagèrement atteint 39 degrés et 39°4 un jour pour redescendre bien vite à 38 degrés.

Réunion *per primam* néanmoins.

Cette jeune fille fut revue un an, puis deux ans après son opération. Elle affirma toujours avoir retiré une amélioration de

l'intervention qui lui fut faite. Cependant son état laissa beaucoup encore à désirer; elle eut quelques crises de nerf, des hémorragies vicariantes, des hémorroïdes, de la dilatation d'estomac, bref pas mal de troubles auxquels le nervosisme n'était pas étranger.

A sa dernière visite, elle toussait et avait maigri, mais affirmait toujours la cessation de ses coliques de bas-ventre, de ses douleurs intolérables.

OBSERVATION XLVII. — BÉRARD

Utérus double. — Corne gauche rudimentaire, douloureuse, sans hématométrie. — Absence des annexes gauches; malformations des mains. — Hémi-hystérectomie. — Guérison.

Augustine C..., vingt et un ans, habitant le département de l'Ain, vient à l'hôpital de la Croix-Rousse pour des douleurs intolérables qu'elle ressent dans le bas-ventre au moment des règles. Pas d'antécédents pathologiques. Vigoureuse, elle a été réglée à quinze ans, la première fois sans douleurs.

Puis après un arrêt des époques pendant trois mois, elle éprouva, à chaque époque menstruelle, des coliques de plus en plus vives, débutant avant l'écoulement sanguin et atteignant leur maximum au bout de quatre à cinq jours, alors parfois que le flux menstruel avait cessé.

Localisées dans le petit bassin du côté gauche, ces douleurs s'irradiaient dans le membre inférieur correspondant et tout l'abdomen. Depuis deux ans elles s'étaient accrues et s'accompagnaient de météorisme et parfois de vomissements.

Examen externe. — Aucune lésion organique, mais l'état des deux mains appelait l'attention. A droite et à gauche, on sentait une atrophie considérable des éminences thénar et hypothénar; l'opposition du pouce était rudimentaire et ce doigt, ainsi que l'auriculaire était en subluxation dorsale. En outre, l'extension

complète des phalanges et des phalangettes des deux auriculaires était impossible.

Pas de rétraction vraie des aponévroses palmaires; pas de cause appréciable à laquelle rattacher ces déformations. Il s'agissait de malformations congénitales.

Le palper de la fosse iliaque gauche décelait, à la pression appuyée, une zone douloureuse profonde correspondant à une petite masse plaquée contre le détroit supérieur. Cette masse, encore mieux délimitée par le toucher vaginal combiné au palper, avait le volume d'une noix et était fixe; le vagin, étroit, admettait difficilement deux doigts. Le col, petit et conique, était déplacé à droite, ainsi que le col utérin, peu développé; col et corps semblaient tout à fait indépendants de la masse douloureuse du cul-de-sac gauche.

Bien qu'il n'y eût aucune infection génitale connue, la première hypothèse fut celle d'annexite gauche avec ovarite sclérokystique. La malade fut donc par deux fois gardée au repos pendant quinze jours et un mois à l'hôpital. Même dans ces conditions, les douleurs se reproduisent aussi intenses et aussi strictement limitées à la période menstruelle. C'est pourquoi au troisième séjour, en décembre 1906, fut discutée l'hypothèse d'une malformation congénitale, rendue vraisemblable par cette évolution toute spéciale des symptômes et par la concomitance des malformations des mains.

Intervention. — La laparotomie, décidée, fut pratiquée le 11 décembre en position de Trendelenburg. Il fallut d'abord dégager de quelques adhérences filamenteuses anciennes le cæcum et l'S iliaque qui adhéraient à droite à un ovaire dur, rosé, ressemblant à un abricot coupé en deux, qui était solidement fixé au pelvis. L'examen du petit bassin permet alors de reconnaître l'utérus déplacé vers la droite avec les annexes de ce côté, mais cet utérus était asymétrique, sans corne à gauche, sans trompe et sans ovaire visibles, avec un ligament large gauche réduit à une mince lame souple qui se perdait sur la masse rosée accolée au pelvis. Cette masse fut prise d'abord pour l'ovaire gauche en migration complète; mais, pour la

réséquer, il fallut la sculpter dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et, chemin faisant, lier une artère d'assez gros calibre; une fois excisée, on l'a reconnue facilement comme constituée par du tissu utérin. Il fut impossible de trouver un vestige net de la trompe et de l'ovaire gauche, pas plus que d'un conduit reliant cet utérus gauche au vagin. La surface de section péritonéale hémostasiée, l'abdomen fut refermé à trois plans après qu'on eut fait quelques pointes de feu sur les kystes les plus visibles de l'ovaire droit.

Les suites opératoires furent parfaites; la malade a eu ses règles depuis sa sortie de l'hôpital; pour la première fois elle n'a ressenti aucune douleur (ce résultat s'est depuis maintenu).

L'examen de la pièce enlevée expliqua l'origine et la nature des douleurs à chaque période menstruelle. Il s'agissait, en effet, d'un petit utérus réduit à son corps avec une paroi musculaire épaisse d'1 centimètre environ et avec une cavité centrale allongée de 3 centimètres de profondeur sur 2 millimètres de large, tapissée par une muqueuse facilement reconnaissable, villeuse et teinte par places en brun rouge.

Ses douleurs étaient celles de la colique utérine, telle qu'on l'observe dans tous les cas où le flux menstruel ne trouve pas un libre écoulement, colique persistant un ou deux jours après la cessation des règles. Il n'y avait pas, d'autre part, hématométrie, car la cavité était rudimentaire, de très faible capacité, avec une forte musculature. Le suintement hémorragique devait être minime pour chaque époque.

L'examen histologique, pratiqué par M. Paviot, permit de reconnaître, au centre de la coupe, une cavité muqueuse avec revêtement épithélial et culs-de-sac glandulaires peu développés. Au-dessus d'elle et jusqu'à la périphérie, un muscle lisse en faisceaux tourbillonnants, entremêlé de tissu fibrohyalin, plus abondant que dans l'utérus normal et conservant, sous une très grande épaisseur, les vaisseaux artériels.

OBSERVATION XLVIII. — M. MÉRIFL

*Utérus didelphe à corps indépendants sans hématométrie
Malformations vulvaires et vaginales.*

Marie C..., vingt-deux ans, troubles dysménorrhéiques sous la dépendance de malformations génitales poussées à un haut degré de complexité.

La malade est réglée depuis cinq ans seulement; chaque période menstruelle, d'une durée de cinq à six jours, est précédée et suivie de coliques et de douleurs iliaques et lombaires extrêmement pénibles. La vulve est petite, infantile; les grandes lèvres peu développées, les petites lèvres flétries et allongées; le clitoris est petit, le méat en place normale. Il n'y a pas ou presque pas d'hymen; on n'en voit que des traces au-dessus du méat.

Le vagin se termine en cul-de-sac infundibuliforme, à 3 centimètres de profondeur; un stylet s'engage à gauche dans le fond du vagin, s'enfonçant légèrement de gauche à droite en arrière devant la paroi antérieure du rectum, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par une bande transversale.

Au toucher rectal, on trouve, à la place que doit occuper l'utérus, une bande membraneuse transversale épaisse de 4 millimètres et haute de 2 centimètres, contre laquelle venait buter le stylet intravaginal. Au palper abdominal, on peut percevoir assez bien de chaque côté les annexes.

Diagnostic. — Vagin en cul-de-sac, représenté dans ses trois quarts postérieurs par un conduit très étroit; pas d'utérus, annexes normales.

L'opération révèle des malformations que nous ne pouvions apprécier par les seuls moyens cliniques.

Incision médiane sous-ombilicale de 6 centimètres. L'excavation pubienne est vide, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun organe entre la vessie et le rectum si ce n'est une bande transversale très mince qu'on sentait par le toucher rectal. Il n'y a pas, par suite, de cul-de-sac de Douglas.

Suivant alors avec le doigt cette bande transversale et remontant vers la symphyse sacro-iliaque droite, nous trouvons un cordon mince puis un autre plus gros, arrondi, ressemblant à un appendice vermiforme qui nous amène finalement contre l'aile du sacrum sur un petit corps ovoïde, puis sur un cordon plus épais, enfin sur une masse qui ressemble à un ovaire bien développé.

Nous attirons le tout hors de la plaie et nous voyons : un gros ovaire normal, une trompe normale (avec un petit kyste séreux) longue de 8 centimètres, puis, à l'angle interne de la trompe, un corps dur, rougeâtre, ovoïde, du volume d'une grosse olive, à 1 centimètre et demi, et qui se continue en bas et en dedans avec la bande transversale pelvienne par un cordon charnu rend, puis aplati, et est inséré avec la trompe et l'ovaire sur un vrai ligament large ; c'est le corps utérin droit.

On ne trouve rien du côté de la symphyse sacro-iliaque, mais on voit une bande d'épiploon qui adhère au péritoine de la paroi recouvrant la fosse iliaque gauche, et, au point d'adhérence, une grosse masse arrondie avec un cordon. Nous lions la bande épiploïque, et, à travers l'incision abdominale agrandie, nous cherchons à attirer la masse. Celle-ci n'arrive qu'avec peine, elle adhère elle-même à la paroi avec le péritoine pariétal par de solides adhérences qu'il faut sculpter et alors apparaît un corps ovoïde, arrondi, charnu, dur, plein comme celui du côté droit, mais trois fois plus volumineux ; c'est le corps utérin du côté gauche. Sur le bord externe de ce corps utérin se voient une trompe à franges et pavillon et un ovaire normal volumineux.

Le corps utérin se continue, d'une part, avec la bande transversale et, d'autre part, avec la trompe et l'ovaire attaché sur un ligament large très court.

Entre les deux corps utérins il y a une distance d'au moins 10 centimètres (fig. 6).

Il s'agissait donc d'un utérus didelphe sans hématométrie avec ovaires normaux.

Devant un tel degré de malformation utérine, occasionnant

d'atroces souffrances, à chaque période menstruelle, nous décidons de faire une castration abdominale totale.

Double ligature de toute la masse gauche (utérus, trompe, ovaires); section au thermo, péritonisation du moignon.

Même traitement à droite. Occlusion de la plaie.

Les annexes gauches furent laborieuses à disséquer à cause des adhérences pariétotubaires. A ce niveau d'ailleurs existe sur la peau une cicatrice ancienne qui est sans doute la trace d'un ancien abcès, développé pendant l'enfance.

Suites bonnes, sauf une petite déhiscence de la suture.

Nous avons cru devoir faire un chapitre spécial pour les utérus rudimentaires, douloureux à la menstruation et ne renfermant cependant pas d'hématomètre. Une étude analogue avait déjà été faite par M. Blanchard, sous l'inspiration de M. Bérard.

Les trois observations citées correspondent à trois types différents; il nous faut résumer, en quelques mots, leurs caractères et les symptômes qui ont nécessité l'intervention.

Dans le cas du Dr P. Goullioud, il s'agissait d'une variété d'utérus rudimentaire, rappelant ceux décrits par Küsmaul et Rokitansky, mais en différant parce qu'ils renfermaient des ébauches de cavité dans les cornes utérines.

Dans cette observation, au contraire, des coupes multiples n'ont pas permis de trouver la moindre trace de cavité utérine; l'utérus est représenté par des travées de tissu fibro-musculaire, affectant plus ou moins la forme d'un T. Le prolongement inférieur représente le col de la matrice, et les appendices latéraux constituent les cornes utérines restées séparées

l'une de l'autre. C'est un type très rare (*uterus rudimentarius solidus bipartitus*).

Le vagin manquait presque complètement; par contre, les ovaires étaient bien développés.

Dans le cas de Bérard, l'utérus droit est bien constitué, ainsi que ses annexes, mais la corne gauche, placquée contre la paroi pelvienne sous forme d'une masse rosée, est formée par un corps utérin à paroi musculaire épaisse, creusé d'une petite cavité centrale, allongée, de 3 centimètres de longueur, tapissée par une muqueuse villose et teinte par places en brun-rouge; il n'y avait aucune accumulation de liquide (cette malade n'avait que vingt et un ans).

L'ovaire et la trompe gauches sont absents.

La pièce enlevée par Mériel est un utérus rudimentaire, complètement excavé et sans hématométrie, se présentant à la laparotomie sous la forme d'une bande transversale, très mince; le toucher rectal ne l'avait même pas laissé percevoir. Cette bande transversale se continue de chaque côté par un cordon mince arrondi, ressemblant à un appendice vermiforme, qui aboutit à un ovaire bien développé.

Suivant l'état des ovaires, ces femmes à l'utérus rudimentaire peuvent avoir la forme du corps, la voix, les aptitudes, les caractères de leur sexe, mais les organes génitaux externes sont souvent atrophiés : tel était le cas chez ces trois malades.

« Il est évident, dit Schroeder, à propos des utérus rudimentaires, que ces malformations ne sont susceptibles d'aucun traitement. » C'est exact dans des cas dont nous connaissons des exemples, où les malades

ne souffrent aucunement du fait de leur atrophie générale, mais il n'en est pas de même quand le molimen menstruel s'accompagne comme chez ces trois malades de violentes douleurs.

La malade de M. Bérard souffrait non seulement au moment de l'apparition des époques, mais encore après l'établissement et même après la cessation du flux sanguin. Blanchard insiste beaucoup sur ce symptôme.

C'est l'état des ovaires qui commande la symptomatologie. Or, chez ces trois opérées, les ovaires (un seul dans le cas de Bérard) étaient bien développés, d'où les douleurs cruelles ressenties par les malades à chaque menstruation.

Il y avait donc une indication nette à intervenir pour les soulager.

Mon père enleva les cordons de tissu fibro-musculaire, qui représentaient col et cornes utérins, parce qu'il pensait trouver dans ces organes rudimentaires de petites cavités renfermant peut-être une goutte de sang sous tension, car il avait déjà eu deux fois l'occasion de guérir des malades par l'ablation d'hématomètre minuscule.

Il en fut de même pour Bérard et Mériel.

Ces trois malades ont eu par l'intervention un soulagement incontestable et durable. On peut en conclure qu'elles souffraient réellement au niveau de ces organes rudimentaires.

Il est à noter que le tissu de l'utérus rudimentaire du premier cas était remarquable par le développement de son système vasculaire, que dans le second

cas la muqueuse était fortement congestionnée. Halban signale aussi des effusions sanguines en dehors de toute cavité préformée.

Ces faits anatomopathologiques peuvent permettre d'admettre des phénomènes congestifs intenses au moment du molimen menstruel, expliquant les douleurs pelviennes périodiques ressenties par ces malades.

On pourrait sans doute les soulager par la castration ; les idées actuelles sur les sécrétions internes des ovaires poussent plutôt à les conserver en enlevant les organes douloureux.

Bérard, grâce à l'existence d'un utérus à peu près normal d'un côté, put faire une opération conservatrice en se contentant d'enlever la corne rudimentaire douloureuse, considérée longtemps comme une annexite jusqu'à ce que le diagnostic se fût éclairci, grâce à des malformations concomitantes des mains.

CHAPITRE III

UTÉRUS DOUBLES PATHOLOGIQUES

(EN DEHORS DE L'HÉMATOMÉTRIE)

La pathologie des utérus doubles en dehors de l'hématométrie n'a pas encore été envisagée dans son ensemble.

Bien que cette étude ne rentre pas directement dans le sujet de notre thèse, il nous a paru intéressant d'en faire une esquisse rapide, en nous limitant comme précédemment à la question de thérapeutique chirurgicale par l'abdomen.

Les observations que nous citons représentent les types cliniques les plus fréquemment rencontrés : ce sont d'une part des lésions inflammatoires annexielles d'autre part, des tumeurs bénignes ou des dégénérescences. Dans un cas même, c'est une rétroversion douloureuse de l'utérus double qui a nécessité une opération.

Chez tous ces malades l'intervention n'a pas été dirigée contre la malformation utérine elle-même, mais contre une lésion surajoutée.

OBSERVATION XLIX. — Professeur A. POLLOSSON
(Observation inédite)

Vagin et utérus doubles. — Annexite unilatérale gauche (pyosalpinx) due probablement à une

*infection ascendante par le vagin correspondant.
— Ablation de l'annexe malade; conservation des
deux utérus.*

M^{me} L..., entrée pour se faire opérer d'une fistule périnéale, donnant du pus d'une façon constante; elle a déjà eu deux interventions sans résultats.

Au cours d'une troisième intervention (Violet), on s'aperçoit que la fistule se prolonge très profondément dans le ventre à 12 centimètres de profondeur et doit correspondre à une masse latéro-utérine gauche perçue par le toucher et le palper combinés.

A l'examen, on constate un double vagin avec une cloison médiane venant jusqu'à la vulve; il existe une sécrétion mucopurulente à gauche et rien à droite.

Par le palper combiné, on fait le diagnostic facile d'utérus didelphe, avec masse annexielle du volume d'une orange. Il s'agit vraisemblablement d'annexite unilatérale par infection ascendante par le vagin gauche (le côté droit restant indemne).

Intervention, le 2 janvier 1907.

Laparotomie. — On constate que l'utérus droit est normal avec un tout petit myome et que ses annexes sont saines. La bride vésico-rectale est très développée, avec un méso très épais, séparant les deux utérus dont elle masque le gauche. Le repli s'insère sur le bord libre du rectum au niveau du promontoire, il fait suite aux franges épiploïques et vient s'accoler au globe vésical.

On fait l'ablation du pyosalpinx gauche et de l'ovaire. Ce pyosalpinx avait dû s'ouvrir dans le ligament large et amener tardivement une fistulisation périnéale.

OBSERVATION L. — TIXIER

*Utérus didelphe. — Annexites bilatérales
gonococciques. — Castration totale. — Guérison.*

Mme Marguerite R..., âgée de vingt-trois ans, entre à la

Charité en août 1910; elle se plaint de souffrir dans le bas-ventre.

Ces accidents douloureux sont mis sur le compte d'annexites



FIGURE 25. — *Utérus double. — Annexites bilatérales* (Tixier).

bilatérales gonococciques; elle a présenté des signes indiscutables d'une blennorrhagie récente.

A l'examen, le toucher et le palper combinés permettent de

sentir que les lésions sont bilatérales, mais on ne peut faire un examen très approfondi, à cause des souffrances de la malade.

L'état social de cette malade et son désir d'être rapidement soulagée pour pouvoir reprendre son travail, écartent l'idée d'un traitement médical, et on décide une intervention radicale.

Laparotomie. — Anesthésie à l'éther.

Il existe deux utérus, l'un droit, l'autre gauche, aboutissant à deux culs-de-sac vaginaux, séparés par une cloison sagittale assez épaisse; entre les deux utérus existe un ligament large, aminci. L'opération consista en une castration totale qui fut très difficile.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

OBSERVATION LI. — Professeur JABOULAY
(Observation inédite)

Utérus bicorne à col unique. — *Cancer du col utérin.*
— *Absence du rein et de l'uretère droits.* — *Cas-*
tration abdominale totale. — *Section de l'uretère*
unique. — *Anurie.* — *Mort.*

Mme Marie D..., âgée de quarante ans, cultivatrice à Saint-Pierre-le-Vieux, entre à la clinique du professeur Jaboulay, le 1^{er} juillet 1908

L'histoire clinique de son affection est celle d'un néoplasme du col.

Au toucher, col bourgeonnant, la tumeur a un peu envahi le vagin, et infiltré le cul-de-sac gauche.

Il n'y a pas de contre-indications à l'opération; pas d'œdème, pas d'ascite, l'état général est assez bon.

Intervention le 8 juillet 1908, consistant en une hystérectomie abdominale totale, pendant laquelle un uretère anormalement situé a été coupé.

Une anurie absolue s'établit après l'intervention. Pour y remédier, on fit secondairement une tentative de néphrostomie à droite, on ne trouva pas le rein. On n'eut, comme dernière

ressource, qu'une néphrostomie gauche. L'anurie s'explique par la section de l'uretère unique.

Décès. Pas d'autopsie.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un utérus bicorne à col unique. Les deux cavités utérines sont de dimensions normales, non dilatées; elles ne présentaient pas d'hématométrie.

Le cancer siégeait sur le col et paraissait très limité. Examen histologique confirmatif (Horand).

OBSERVATION LII. — G. PIQUAND

Utérus bicorne, fibromateux, avec lésions annexielles. Hystérectomie totale.

Il s'agissait d'une femme âgée de vingt-six ans, atteinte depuis longtemps de lésions annexielles bilatérales, et entrée à la Charité dans le service du professeur Reclus, en avril 1906.

Après plusieurs mois de repos et de traitement médical, voyant que les lésions ne rétrocédaient pas et que les douleurs persistaient, nous décidâmes une intervention qui fut faite le 9 août 1906.

A l'ouverture du ventre, nous trouvons le petit bassin presque complètement rempli par des adhérences péritonéales et des masses irrégulières. Après quelques recherches, nous constatons que le rectum est uni à la face postérieure de la vessie par une lame péritonéale tendue d'arrière en avant, divisant la cavité pelvienne en deux loges dont chacune renferme un corps utérin muni d'une trompe et d'un ovaire très augmentés de volume et adhérents.

Nous commençons par sectionner, sur la ligne médiane, la cloison vésico-rectale : cette section se fait facilement et ouvre seulement deux petites artérioles peu importantes; nous pouvons alors constater : 1° Que cette cloison était formée de deux lames péritonéales adossées, qui, latéralement, envoyaient deux prolongements se continuant sur les faces antérieure et posté-

rieure de chaque corps utérin ; 2° que les deux utérus se réunissaient l'un à l'autre un peu au-dessus de l'insertion vaginale.

Le péritoine est alors sectionné transversalement en avant, un peu au-dessous du point d'union des deux utérus et récliné avec la vessie ; une section analogue est faite en arrière, puis nous coupons l'utérus droit de dedans en dehors, immédiatement au-dessus du point d'union, puis nous l'énucléons très facilement de bas en haut, avec les annexes, après avoir pincé les pédicules utérins et utéro-ovariens. La même extirpation est faite pour l'utérus gauche avec autant de facilité. Ensuite, nous excisons au bistouri la partie centrale du moignon utérin et nous le cautérisons au thermo-cautère ; au cours de ces manœuvres, nous pouvons constater aisément que le moignon ne présente qu'une cavité. Nous fermons alors ce moignon par trois points de suture, nous lions les vaisseaux en faisant de chaque côté trois pédicules, nous encadrons le tout d'un surjet péritonéal et nous fermons le ventre sans drainage.

Les suites opératoires sont bonnes ; il se fait cependant par le vagin un écoulement sanguinolent dû sans doute à la chute d'une escarre.

La malade quitte l'hôpital au bout de trente-cinq jours.

OBSERVATION LIII. — VAUTRIN

Utérus double enlevé par hystérectomie abdominale.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine un utérus double, que j'ai été amené à enlever par l'hystérectomie abdominale chez une femme de quarante-cinq ans, religieuse, qui souffrait depuis plusieurs années, et ne pouvait plus se livrer à aucun travail.

Cet utérus était rétroversé et maintenu dans cette déviation par des adhérences pelviennes. Au toucher, on sentait le cul-de-sac de Douglas rempli par une masse qui semblait contenir le col et que l'on pouvait prendre pour l'utérus. C'était, en effet, l'utérus droit rétroversé. À gauche, on percevait une autre masse plus considérable, douloureuse, qu'on pouvait rattacher

à une salpingo-ovarite. En réalité, c'était l'utérus gauche hypertrophié et rétroversé.

Après laparotomie, je trouvai les annexes saines et l'utérus divisé en deux parties, prolabé dans le Douglas et maintenu par des adhérences fermes et résistantes, surtout autour de la partie gauche.

Je fis l'hystérectomie abdominale totale. La guérison fut très simple.

Vous pouvez vous rendre compte que les deux utérus sont juxtaposés et que leurs cavités sont bien conformées. L'utérus gauche est plus volumineux. Il contient, sur les parois de sa cavité, et tout en haut, un petit polype pédiculé et un autre plus volumineux sessile. Ces polypes ne sont autre chose que des folliculites hypertrophiques, indiquant une altération adénomateuse, ainsi que le microscope l'a démontré.

Les trompes sont normales, une pour chaque utérus. Les ovaires sont normaux également. La cavité de l'utérus droit aboutit dans le canal cervical de l'utérus gauche à 4 millimètres environ de l'orifice vaginal, avec col bien conformé, ce qui ne permettait pas le diagnostic préalable.

Cette observation montre la difficulté du diagnostic dans certains cas d'utérus double, et la confusion possible avec les annexites, lorsqu'une rétroversion existe sur un organe dédoublé.

ANNEXITES. — Dans la littérature médicale, on trouve un certain nombre d'observations d'annexites développées sur des utérus doubles.

Il n'y a pas à s'en étonner, car ces utérus, restant perméables, ont pu subir aussi bien une infection ascendante gonococcienne, qu'une infection consécutive à une conception.

Si la grossesse a été entravée dans son développement, si elle a abouti à une fausse couche, des accidents infectieux peuvent en résulter; de même à la suite de

l'accouchement, une septicémie peut laisser des lésions du côté des trompes. Dernièrement, M. Villard nous citait un cas où il avait dû intervenir en pareille occurrence pour une suppuration pelvienne consécutive à un accouchement, et où il avait constaté à la laparotomie la bifidité utérine. Le point intéressant de son observation était que les lésions se trouvaient limitées au côté correspondant à l'utérus, où s'était développé le produit de la conception.

L'unilatéralité des lésions s'observe également, lorsqu'il s'agit d'annexites d'origine ascendante, gonococcique par exemple.

Nous en devons une très belle observation à M. le professeur A. Pollosson. Il s'agissait d'un utérus didelphe avec vagin double et séparé par une cloison médiane qui venait jusqu'à la vulve ; il existait, en outre, une sécrétion mucopurulente à gauche et rien à droite. A la laparotomie, il fut loisible de constater que les annexes droites étaient saines, et que seules les annexes gauches correspondant au vagin gauche malade étaient lésées.

M. le professeur A. Pollosson nous a dit avoir constaté un second cas analogue.

Plus fréquemment, les infections ascendantes produisent des lésions annexielles bilatérales. Dans ce groupe, devraient prendre place de nombreuses observations ; quelques-unes avaient été considérées comme des malformations sans hématométrie, or, en lisant attentivement l'histoire des malades, il paraît évident que, sans les lésions annexielles surajoutées, jamais le chirurgien n'aurait eu à intervenir ; d'autre part, alors

que les malformations utérines sans hématométrie deviennent douloureuses dès la puberté, il n'en est pas de même dans nos observations d'annexites, où les douleurs n'apparaissent que plus tard (à vingt-neuf ans dans l'observation de Chaput¹) et liées à une infection, dont on reconnaît facilement les traces.

Nous avons pris comme type l'observation de M. Tixier, où l'annexite double était d'origine blennorragique. Nous signalerons simplement celles citées par Desguins², Girod³, Foisy⁴, Croisier⁵, etc.

Plus curieux est le fait suivant que relate Ombredanne⁶ : « Une malade avait un vagin double, elle fut déflorée une première fois à seize ans et eut par la suite une salpingite gauche. A dix-huit ans, elle fut déflorée une deuxième fois, et depuis lors les deux vagins lui servaient indistinctement, mais en même temps les lésions annexielles devenaient bilatérales. »

De l'aperçu rapide qui précède, il semble résulter que les salpingites seront doubles, si l'infection a atteint les deux corps utérins ; la salpingite sera unilatérale, si un seul conduit génital a été atteint par l'infection. La disposition du vagin et du col pourra, dans certains cas, faciliter l'infection bilatérale ou au contraire la limiter à un seul côté.

¹ Chaput, in th. M. Blanchard, Lyon, 1907.

² Desguins, *Annales Soc. Méd. Chir. d'Anvers*, 1905.

³ Girod, *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1901.

⁴ Foisy, *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1904.

⁵ Croisier, *Comptes rendus d'Obst., de Gynéc. et de Pédiat.*, VII, p. 79, Paris, 1905.

⁶ Ombredanne, les Utérus doubles (*Revue de Gynécologie*, 1903, p. 965).

Comme dans les utérus normaux, *le traitement* comportera, ou un traitement purement médical, ou une intervention en cas d'insuccès de celui-ci. On devra se borner à l'ablation des annexes malades : telle a été la conduite de professeur Pollosson qui s'est contenté de faire l'ablation unilatérale des annexes ; il n'y a dans ces cas aucune raison d'enlever l'utérus, bien qu'il ne soit pas conformé suivant le type habituel de la femme.

Quand la lésion est bilatérale, on aura le choix entre deux interventions : ou la castration simple, ou la castration avec ablation de l'utérus double ; c'est la ligne de conduite habituelle que l'on suit dans les annexites développées sur des utérus normalement constitués.

L'hystérectomie ne s'impose pas, mais elle peut être rendue obligatoire par les lésions ; elle peut amener aussi une guérison plus complète.

Le cas de M. Tixier nous montre que cette intervention peut être très délicate.

CANCERS. — Nous connaissons un certain nombre d'observations de cancers développés sur des utérus doubles ; il nous est impossible d'établir si ces utérus malformés sont plus ou moins sujets que les normaux au développement du cancer ; on sait, toutefois, que les organes malformés sont un lieu d'appel aux néoplasies.

Nous publions seulement l'observation de M. le professeur Jaboulay ; elle est intéressante à plus d'un titre, et a donné lieu à une intervention abdominale. Il

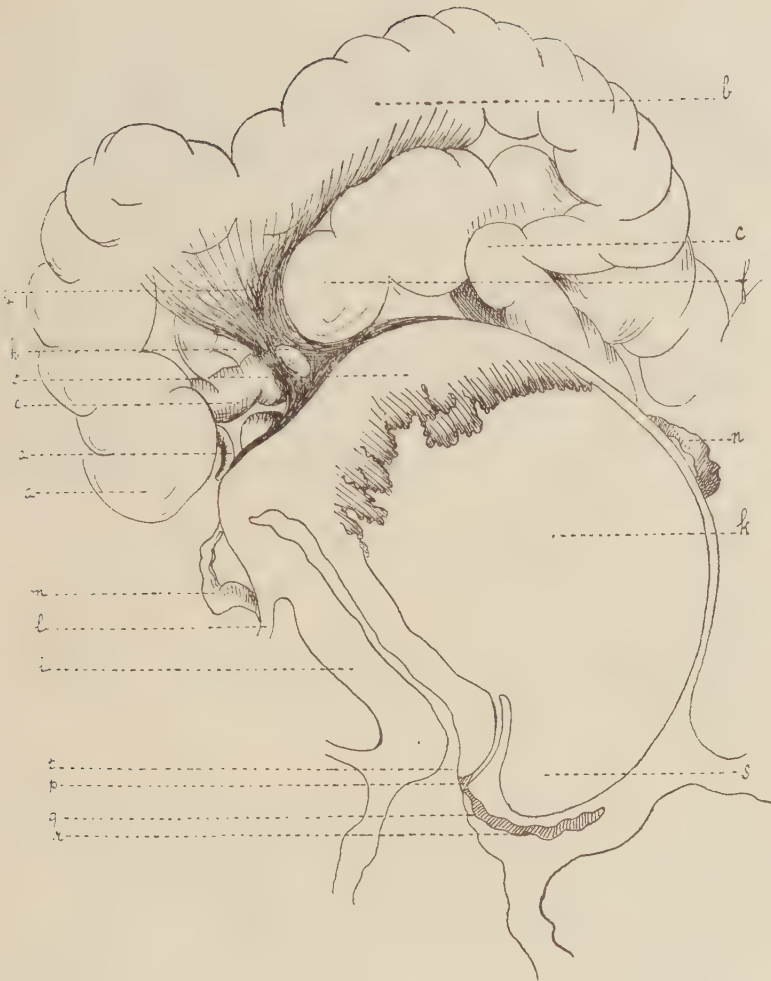


FIGURE 26. — *Utérus biloculaire et dégénérescence sarcomateuse de la loge gauche* (Freund).

a, cœcum. — *b*, côlon transverse. — *c*, S iliaque. — *d*, appendice iléocœcal. — *e*, iléum. — *f*, partie étranglée de l'iléum. — *g*, grand épiploon. — *h*, noyau sarcomateux. — *i*, loge droite de l'utérus cloisonné. — *k*, loge gauche, hydrométrie. — *l*, ligament rond droit. — *mn*, trompe droite, trompe gauche. — *o*, sarcome du fond de la loge utérine gauche. — *p*, orifice de la loge. — *q*, pli vaginal fermant le cul-de-sac gauche. — *r*, loge vaginale gauche. — *s*, dépression de la cavité utérine gauche. — *t*, orifice de la loge utérine droite.

s'agissait d'un utérus bicorne, avec cancer du col, mais il existait en plus une anomalie des voies urinaires, c'est-à-dire une absence d'un rein et de son uretère.

M. le professeur Jaboulay fit une hystérectomie abdominale totale; c'est d'ailleurs la conduite qui naturellement s'impose, et Halban, si conservateur pour les malformations utérines, insiste sur la nécessité de l'opération la plus large possible. Dans l'observation de Freund, il existait une dégénérescence sarcomateuse avec hydrométrie, développée dans la loge gauche d'un utérus biloculaire (obs. XLVII *bis* de la th. de Gross).

M. le professeur Pollosson nous a signalé un autre cas de cancer pour utérus double, qu'il a opéré par voie vaginale.

Rappelons que nous avons indiqué déjà, p. 160, les difficultés de l'hystérectomie inhérente à la bifidité de l'utérus.

FIBROMES. — Il n'est pas très rare de rencontrer dans les utérus doubles de petits noyaux fibromateux, mais ces utérus ne paraissent pas prédisposés au développement de fibromes volumineux. Piquand a eu l'occasion, chez une femme de vingt-six ans, atteinte de lésions annexielles bilatérales, de faire une hystérectomie totale: l'utérus enlevé présentait de petits fibromes interstitiels (fig. 24, p. 160).

Rétroversions. — Vautrin fit, chez une femme de quarante-cinq ans, une hystérectomie abdominale dans un cas curieux de rétroversion utérine. Il s'agissait d'un utérus double, l'utérus droit était rétroversé

dans le Douglas, il paraissait faire suite au col; l'utérus gauche plus volumineux, plus douloureux et fixe, simulait une salpingo-ovarite. Ces deux utérus étaient maintenus dans leur position vicieuse par des adhérences résistantes bien que les annexes soient parfaitement saines.

Voici les lésions diverses les plus importantes que nous avons trouvées au cours de nos recherches sur les malformations utérines, et que nous avons cru intéressant de rappeler brièvement ici.

CONCLUSIONS

I. — Les malformations utérines ne nécessitent en général aucun traitement jusqu'à la puberté. L'établissement de la menstruation s'accompagne, dans un délai plus ou moins rapproché, de douleurs périodiques en rapport, le plus souvent, avec l'existence d'un hématomètre.

II. — L'utérus est-il unique et imperforé, l'indication opératoire découle de l'hématométrie.

Une certaine place peut être laissée, dans ces cas, à l'incision large, par le vagin, de l'hématomètre quand celui-ci est volumineux et facilement accessible par cette voie. Cette incision devra s'accompagner d'une suture des muqueuses utérine et vaginale (*hystéro-élytrostomie*)

On devra joindre à cette intervention, le plus souvent du moins, une laparotomie complémentaire pour le traitement de l'hématosalpinx concomitant.

L'hématomètre est-il minuscule et dû à l'imperforation de l'isthme, il sera mieux d'employer la voie abdo-

minale pour l'établissement artificiel d'un canal cervical (*trachélostomie*).

S'il est impossible de rétablir la continuité du canal utéro-cervical, ou utéro-vaginal, c'est à l'hystérectomie totale qu'il faut s'adresser.

III. — La plupart des malformations utérines sont dues à la persistance de la duplicité du canal génital. L'indication opératoire est encore fournie par l'hématométrie, unilatérale, fréquente.

Cette hématométrie s'est-elle développée dans une corne rudimentaire, pédiculée ou sessile, avec ou sans hématosalpinx, ou dans la moitié d'un utérus didelphe, c'est l'*hémihystérectomie* par voie abdominale qu'il faut pratiquer ; elle respecte la moitié utérine intacte et l'ovaire correspondant.

Si la rétention sanguine est développée dans la corne d'un utérus bicorne, ou dans une moitié d'un utérus biloculaire, l'ablation de la poche hématométrique seule devient impossible, et c'est l'hystérectomie abdominale totale avec salpingectomie qui s'impose.

IV. — Dans quelques cas exceptionnels d'utérus rudimentaire, le molimen menstruel est la cause de douleurs sans qu'il y ait hématométrie. Il est légitime alors de recourir à l'ablation de l'organe douloureux.

V. — Les utérus doubles ont, en dehors de l'hématométrie, leur pathologie comme les utérus simples. C'est ainsi qu'on a observé des métrites, des annexites,

des tumeurs bénignes, des dégénérescences. Les indications opératoires sont les mêmes que si l'on rencontrait ces lésions sur un utérus unique. L'opération n'est plus alors dirigée contre la malformation ou ses complications, mais contre la lésion surajoutée.

Vu :

LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (A.).

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 novembre 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL, Fall von Hæmatometra in rechten atresischen Nebenhorn eines Uterus duplex mit Hæmatosalpinx. — Opération. — Heilung (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1901, no 51, p. 1280).
- ABRAHAM (O.), Ueber Missbildung der inneren weiblichen Genitalien (*Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynæk.*, Bd 5, 1897).
- ALBERTS, Hæmatocele, Hæmatosalpinx, und die Refluxtheorie (*Archiv f. Gynæk.*, Bd XXIII, 1884, p. 399).
- BAECKER, *Centralblatt für Gynæk.*, 1896, p. 883).
- BANDL, Einseitige Hæmatometra bei zweigetheilten utero-vaginalkanale (*Archiv. für Gynæk.*, 1871, p. 246).
- BÉRARD, Utérus didelphe à corps indépendants, dysménorrhée extrême. — Ablation de l'hémi-utérus gauche borgne. Guérison (*Lyon Médical*, 1907, p. 697).
- Malformation utéro-vaginale complexe, castration abdominale avec conservation d'un ovaire (*Lyon Médical*, sept. 1911, p. 493).
- BERTHOMIER, Utérus didelphe, vaste kyste hématique de l'ovaire et de la trompe gauches (*XVIII^e Congrès de Chirurgie*, 1905, p. 348).
- BLANC (E.), Hématomètre unilatéral dans un « uterus bipartitus » (*Loire Médicale*, 15 janvier 1895, p. 1).
- BLANCHARD (Maurice), *Etude sur les utérus didelphes à corps indépendants sans hématométrie au point de vue chirurgical* (thèse de Lyon, 1907).

- BOUMAN (J.), *Contribution à l'étude des Gynatrésies* (Inaugural Dissertation, Amsterdam, 1902).
- BOURSIER, Utérus rudimentaire (*Congrès de Gynécol. et d'Obstet. de Paris*, 1895, p. 248).
- BROOKS, Notes cliniques sur le développement des utérus et vagins doubles (*American Journal of Obstetr.*, mars 1900).
- CALMANN, Ueber einen Fall von Hæmatometra in rudimentæren Horn (*Prager med. Wochenschrift*, 1896).
- COHN, la Grossesse de l'utérus bicorne unicervical (*Revue de Gynécologie*, 1909, p. 3).
- COTTE et TIXIER, Utérus unicornis (*Lyon Médical*, 1907).
- DANIEL, Kongenitale Niereanomalien und Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane (*Monatschrift für Geb. und Gynæk.*, 20).
- DÉCES, Utérus et vagin doubles. — Arrêt de la menstruation (*Bulletins de la Soc. Anat.*, 1854, p. 222).
- DELAGENIÈRE, Malformations utéro-vaginales (*V^e Congrès français de Chirurgie*).
- DELBET, Hématométrie et hémato-colpos dans un cas de duplicité du canal génital (*Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 10 mars 1902, p. 70).
- DELPIANO, *Contribution à l'étude des différentes malformations utérines* (th. de Paris, 1899, n° 265).
- DORN (H.), Ueber die Mullerschen Gænge und die Entwicklung des Uterus (*Marb. Gessellschaft*, 1869, n° 3).
- DUBREUIL, Hématométrie (*Revue de Chirurgie*, août 1899, p. 677).
- DUJON, Utérus double avec hématomètre unilatéral (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1907, p. 640).
- DIONIS DU SÉJOUR, Utérus unicorne avec absence congénitale probable du rein du côté opposé (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1906).

ENGSTRÖM, Zur Kenntnis und Behandlung der nicht puerperalen Gynatresien mit consecutiver Retention von menstruel Blut bei einfachen Uterovaginalkanal (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1899, p. 923).

FOCHIER, Sur deux cas d'hystérectomie (*Bulletins de la Soc. de Chirurgie de Lyon*, juillet 1901; *Lyon Médical*, 1901, tome II).

FOERSTER (A.), *Handbuch der pathologischen Anatomie*, Leipzig, 1^{re} édition, 1855.

— *Die Missbildungen des Menschen*, 1861, p. 160.

FRAENKEL, *Breslauer aerzliche Zeitschrift*, 1887, IX, n° 7, p. 74.

FREUDENBERG, Ein Fall von Uterus didelphys mit rechtseitiger Hæmatometra (*Zeitschrift f. Geb. und Gynæk*, 1880, Bd V, p. 334).

FREUND, *Beiträge zur Geburtsh. und Gynæk.*, Bd II, 1872.

— Beiträge zur Pathologie des doppelten Genitalkanals (*Zeitschrift f. Geb. und Gynæk.*, Bd I, 1877, p. 231).

FULD, Salpingotomie wegen Hæmatosalpinx bei Gynatresie (*Arch. für Gynæk.*, 1889, Bd 34, p. 190).

FURST, Ueber die Bildungshemmungen des Uterovaginalkanals (*Monatschrift f. Geburts*, Bd XXX, 1867).

GAUTHIER, Utérus didelphe opéré par l'hystérectomie abdominale totale (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1906).

GEBHARD, *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, 1899, p. 22).

GOTTSCHALK, *Centralblatt für Gynæk.*, 1887, p. 329.

GOULLIoud, Hématomètre unilatéral minuscule (*Lyon Médical*, 1903, p. 344).

— Hématomètres minuscules d'origine congénitale (XXII^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1909, p. 1208).

— Menstruation et aménorrhée douloureuses par malformations (*Lyon Chirurgical*, 1909-1910, II, 229-237).

— Trois interventions abdominales pour malformations utérines (*Revue de Gynécologie*, juin 1911, p. 553).

GRONOWSKY, Inaugural Dissertation, München, 1908.

GROSS (G.), *Hématométrie et hémato-colpos dans les cas de duplicité du canal génital* (thèse de Nancy, 1900).

— Six nouvelles observations d'hématométrie unilatérale (*Annales de Gynécologie*, 1904).

GUYON, *Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité* (thèse de Paris, 1858).

HALBAN, Zur Therapie der Gynatresien (*Zeitschrift für Geb. und Gynæk.*, 1903, p. 27).

HAULTAIN, Hématométrie dans la corne droite d'un utérus bicorne; laparotomie; guérison (*British Med. Journal*, 1900, p. 1279).

HERRGOTT (A.), *De l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin* (thèse de Nancy, 1874, n° 8).

HOFFMANN, *Ueber drei Fallen von Uterusmisshildungen* (Inaugural Dissertation, Erlangen, 1869).

HOFMEIER, Ueber angeborene und erworbene Verschlüsse der weiblichen Genitalien und deren Behandlung (*Zeitschrift f. Geb. und Gynæk.*, 52, 1904).

HOLST, *Beiträge zur Gynæk. und Geburtskunde*, 1865, I, p. 63.

HOMANS, A case of two horned uterus (*The Lancet*, 3 nov. 1883).

HORAND, Un cas d'utérus double (*Gazette Médicale de Lyon*, 1^{er} déc. 1863).

KEHRER, *Das Nebenhorn des doppelten Uterus* (Inaugural Dissertation, Heidelberg, 1899).

KIRIAC, Un cas d'utérus double. Laparotomie (*Gynæk. Revue roumaine*, juin 1905.)

KÜSSMAUL, *Von dem Mangel, der Werkummerung und der Verdoppelung der Gebärmutter*, Wurtsbourg, 1859.

KÜSTNER (Otto), Oblitération partielle de l'utérus après curetage, et méthode de guérison de cette affection (*Centralblatt für Gynæk.*, 1895, p. 809)

— Wagner (Inaugural Dissertation, Breslau, 1896).

- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 1898, p. 248.
- LAMBRET, Malformation utérine prise pour une annexite (*Bulletin Médical*).
- LÉVY (Edmond), Utérus bicorne enlevé pour salpingite double (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1910, p. 888).
- LEOPOLD, Ueber Blutansammlung in verschlossenen Uterovaginalkanal und die salpingotomie (*Archiv. für Gynæk.*, Bd XXXIV, 1889, p. 377).
- LOEHLIN, Uterus didelphys. Hæmatometra et hæmatosalpinx lateris (*Centralblatt für Gynæk.*, 13 octobre 1894, p. 997).
- LUDWIG, *Einen Fall von Gynatresie cervico-vaginalis*, 1900, p. 653.
- LORRAIN et BILLON, Utérus didelphe (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1904, p. 260).
- MARTIN, *Centralblatt für Gynæk.*, 1897, p. 1525.
- MANOLESCU, *Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme* (thèse de Paris, 1898, n° 180).
- MENGE, Bildungsfehler der weiblichen Genitalien (*Handbuch der Gynækologie de Veit*, Bd V, Hælfte, II, p. 909).
- MÉRIEL, Utérus didelphe à corps indépendants sans hématométrie, malformations vulvaires et vaginales (*Annales de Gynécologie*, 1909, p. 119).
- MÜLLER (J.), *Bildungsgeschichte der Genitalien*, Dusseldorf, 1830.
- NEUGEBAUER, Einseitige Hæmatometra bei zweigetheilten Uterovaginalkanale (*Archiv für Gynæk.*, Bd II, 1871, p. 246).
- OMBREDANNE et MARTIN, les Utérus doubles (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903, p. 959).

- PAUER, Un cas d'utérus double separatus. Hémihystérectomie
(*Centralblatt für Gynæk.*, 21 juin 1902, n° 25, p. 660).
- PEASLY, *Transactions of the american Gyn. Soc.*, 1878, p. 276.
- PEHAM, Fall von Verkummerung der inneren Genitalien (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1906).
- PFANNENSTHIEL, Eine neue plastische operation bei umfangreichen
Atreseien (*Beiträge zur Geb. und Gynæk.*, 1902).
- PIQUAND (G.), les Utérus doubles. Anatomie et développement
(*Revue de Gynécologie*, 1910, t. II, p. 401).
- POZZI, *Traité de Gynécologie*, 1897.
- PUECH, *De l'atrésie des voies génitales*, Paris, 1864.
- QUÉNU et LESOURD, Des opérations conservatrices dans le traitement des utérus didelphes à corps indépendants (*Rev. de Chir.*, Paris, 1906, XXXIII, 1-25).
- ROCHER, *Recherches sur la duplicité de l'utérus* (thèse, Lyon, 1880).
- ROSE, *Monatschrift für Geburtskunde*, 1867, Bd. 29.
- ROSENTHAL, Hæmatometra unilaterialis im recten Horn eines
Uterus bicornis (*Centralblatt für Gynæk.*, 1899, p. 239).
- ROSSA, *Centralblatt für Gynæk.*, 1896, n° 6, p. 146.
- SAENGER, *Centralblatt für Gynæk.*, 1896, p. 19 et 54.
- SCHATZ, *Archiv für Gynæk.*, Bd. I, p. 21.
- SCHRAMM, *Centralblatt für Gynæk.*, 1896, p. 1139.
- SCHROEDER, *Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane* (traduction française), 1884 et 1893.
- SCHUHL, Utérus et vagin doubles (*Annales de Gynécol. et d'Obstétrique*, 1894, p. 248).
- STRATZ, *Frommelsche Jahresberichte*, 1889.
- TOURNEUX et LEGAY, Développement de l'utérus et du vagin
(*Journal de l'Anat. et de la Phys. de Ch. Robin*, 1884).

- TREUB, Uterus unicornis dexter mit blind endiger Tube (*Centralblatt für Gynæk.*, 1904).
- TRZEBICKY, Ein durch Laparotomie geheilter Fall von Hæmatometra und Hæmatosalpinx (*Centralblatt für Gynæk.*, Bd. XI, 1887, p. 790).
- VAUTRIN, Utérus double enlevé par hystérectomie abdominale (*Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1906, XXXVIII, 619).
- VEIT, *Handbuch der Gynækologie*, 1897.
- VIGNARD (E.), Hématométrie latérale et hématosalpinx (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1899, t. VIII, p. 237).
- VINEBERG, Utérus didelphe, avec énorme hématométrie dans la corne droite simulant un fibrome du col (*Centralblatt für Gynæk.*, 1909).
- WAGNER (O.), *Ein Beitrag zur Therapie der Hæmatometra mit besonderer Berücksichtigung der unilateralen Form* (Inaug. Dissert., Breslau, 1896).
- WERTH, Ueber Hæmatometra in der verschlossenen unvollkommen entwickelten Hälfte eines Uterus bilocularis (*Archiv. Gynæk.*, 1895, p. 422).
- WERTHEIM, *Centralblatt für Gynæk.*, 1895, n° 40.
- WINCKEL (VON), *Ueber die Eintheilung, Entstehung, und Benennung der Bildungsemmungen der weiblichen Sexualorgane*, 1899.
- WITTHAUER, Zwei nicht gewöhnliche Fälle von Hæmatometra und hæmatosalpinx (*Monatschrift für Geburt. und Gynæk.*, 1899, p. 205).
- ZILLENSEN, *Hæmatometra mit verschlossenen rudimentar Horn eines Uterus bilocularis* (Inaug. Diss., Léna, 1899).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE.	11
Classification des principales variétés de malformations utérines	16
PREMIÈRE PARTIE. — IMPERFORATIONS DU COL OU DE L'ISTHME UTÉRIN DANS L'UTÉRUS UNIQUE.	31
Observations	35
Critique des observations.	51
Traitement	56
Interventions conservatrices	57
Intervention radicale	62
DEUXIÈME PARTIE. — MALFORMATIONS LIÉES A LA BIFI- DITÉ DE L'UTÉRUS	63
CHAPITRE PREMIER. — Utérus doubles avec hématométrie unilatérale.	68
Observations	69
Traitement	143
Interventions vaginales.	145
Interventions abdominales.	148
L'hémihystérectomie	148
La salpingectomie.	154
La laparotomie avec marsupialisation	157
L'hystérectomie	158
Résultats	163

CHAPITRE II. — Utérus doubles douloureux sans hémato-	
tométrie	165
CHAPITRE III. — Utérus doubles pathologiques (en dehors	
de l'hématométrie)	177
CONCLUSIONS	191
BIBLIOGRAPHIE	195

